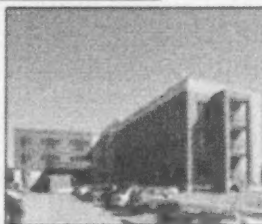


Centre de santé et de services sociaux
de Matane

Rapport annuel de gestion

2013-2014



Hôpital de Matane (siège social)
333, rue Thibault
Matane (Québec) G4W 2W5

Centre d'hébergement de Matane
150, avenue Saint-Jérôme
Matane (Québec) G4W 3A2

CLSC de Matane
349, avenue Saint-Jérôme
Matane (Québec) G4W 3A8

Adopté par le conseil d'administration
Le 26 juin 2014

Production
Direction générale

Édition
© Centre de santé et de services sociaux de Matane

Ce document a été édité en quantité limitée et est disponible sur demande à la Direction générale.

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Dans cet ouvrage, la forme masculine n'est utilisée qu'aux seules fins d'alléger le texte sans intention de discrimination aucune.

Table des matières

	PAGE
Message du président du conseil d'administration et de la directrice générale	6
Déclaration de fiabilité des données contenues dans le présent rapport annuel de gestion et des contrôles afférents.....	8
Chapitre 1	
Présentation de l'établissement.....	9
Les installations.....	11
Consultation et information de la population.....	13
Chapitre 2	
Rapport annuel du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.....	15
Fondation de l'hôpital de Matane.....	17
Direction des soins infirmiers.....	18
Direction de la santé physique.....	24
Statistiques (Hôpital de Matane).....	28
Direction des ressources financières, techniques et informationnelles.....	29
Direction des programmes et des services aux personnes en perte d'autonomie et à la communauté	32
Statistiques (Volet hébergement CHSLD).....	44
Statistiques (CSSS de Matane, Maintien à domicile).....	45
Direction des services professionnels et hospitaliers	46

Table des matières (suite)

	PAGE
Direction des ressources humaines et du développement organisationnel	49
Service de réadaptation en réseau intégré	52
Chapitre 3	
Pages financières	57
Chapitre 4	
Conseil d'administration et ses comités	63
Chapitre 5	
Rapport des conseils des comités	
Comité exécutif du conseil des infirmiers et infirmières - CECII	66
Comité exécutif du comité des infirmiers et infirmières auxiliaires - CECIIA	71
Comité de prévention et contrôle des infections - PCI	73
Conseil multidisciplinaire - CM	79
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	85
Comité de révision	89
Comité de vigilance et de la qualité - CVQ	91
Comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration	93
Comité des usagers et des résidents	94
Comité de gestion des risques	96
Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration	103

Table des matières (suite)

Annexe 1 : Extrait des états financiers

Annexe 2 : Organigramme

Annexe 3 : Planification stratégique 2011-2015

Annexe 4 : Bilan de fin de période 2013-2014

Annexe 5 : Fiche sociosanitaire RLS de Matane

Liste des abréviations

ACV :	Accident cérébro-vasculaire
AEOIR :	Accueil, évaluation, orientation, intervention et référence
AMDEC :	Analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité
AMPRO :	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
ASI :	Assistant du supérieur immédiat
ASSS :	Agence de la santé et des services sociaux
AVC :	Accident vasculaire cérébral
CEPI :	Candidate à l'exercice de la profession infirmière
CERDM :	Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux
CFP :	Centre de formation professionnelle
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII :	Conseil des infirmiers et infirmières
CIIA :	Comité des infirmiers et infirmières auxiliaires
CLSC :	Centre local de services communautaires
CM :	Conseil multidisciplinaire
CMDP :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
COSMOSS :	Communauté ouverte et solidaire pour un monde outillé, scolarisé et en santé
CPM :	Conseil de protection des malades
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
CSST :	Commission de la santé et sécurité au travail
DI :	Déficiência intellectuelle
DMS :	Durée moyenne de séjour
DP :	Déficiência physique
DRH :	Directeur ou directrice des ressources humaines
DSI :	Direction des soins infirmiers
DSPH :	Direction des services professionnels et hospitaliers
ECG :	Électrocardiogramme
EMIP :	Équipe multidisciplinaire d'intervention précoce
FAPH :	Fonds d'aide aux personnes handicapées
GMF :	Groupe de médecine familiale
IAB :	Initiative amis des bébés
INESSS :	Institut national d'excellence en santé et service sociaux
ITSS :	Infection transmise sexuellement et par le sang
IVG :	Interruption volontaire de grossesse
LSSSS :	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MELS :	Ministère de l'Éducation du Loisirs et du Sport
MPOC :	Maladies pulmonaires obstructives chroniques
MRC :	Municipalité régionale de comté
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS :	Maladies transmises sexuellement

OIIQ :	Ordre des infirmiers et infirmières du Québec
OIIAQ :	Ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec
OLO :	Oeuf, lait, orange
OPHQ :	Office des personnes handicapées du Québec
OPTMQ :	Office professionnel des technologistes médicaux du Québec
ORL :	Oto-rhino-laryngologie
PAB :	Préposé aux bénéficiaires
PAD :	Programme adaptation domiciliaire
PCI :	Prévention et contrôle des infections
PDRH :	Plan de développement des ressources humaines
PDSB :	Principe de déplacement sécuritaire des bénéficiaires
PEM :	Plan d'effectifs médicaux
PPALV :	Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement
PQLC :	Programme québécois de lutte contre le cancer
PREM :	Plan régional d'effectifs médicaux
PTG :	Prothèse totale du genou
PTH :	Prothèse totale de la hanche
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI :	Ressources intermédiaires
RLS :	Réseau local de services de santé et de services sociaux
RNI :	Ressources non institutionnelles
RPCU :	Regroupement provincial des comités des usagers
RTF :	Ressources de type familial
RUIS :	Réseau universitaire intégré de santé
SAD :	Soutien à domicile
TED :	Troubles envahissants du développement
TRP :	Thérapeute en réadaptation physique
UTRF :	Unité transitoire de récupération fonctionnelle

* Afin d'alléger le texte, le genre féminin inclut le genre masculin et vice-versa.

Message du président du conseil d'administration et de la directrice générale

Mesdames,

Messieurs,

C'est avec plaisir et fierté que nous vous présentons notre rapport annuel 2013-2014.

Le CSSS de Matane a amorcé un processus dans le cadre de la démarche d'Agrément. Quinze équipes qualité ont été formées, représentant une centaine d'employés et sont à l'œuvre en vue de la visite d'Agrément qui aura lieu du 14 au 19 septembre 2014. Deux sondages ont été réalisés cette année dans le cadre de cette démarche; celui sur la mobilisation du personnel et celui sur la satisfaction expérience client. Nous avons obtenu d'excellents résultats, soit une moyenne de 72 % pour le premier et 86 % pour le second. Nous poursuivons nos travaux qui visent l'amélioration continue de la qualité.

D'autres projets importants ont été réalisés ou sont en voie de l'être, entre autres, celui sur la révision régionale des critères d'admissibilité au service de soutien à domicile visant une meilleure répartition des budgets. Notons également que des travaux importants ont été faits dans le but d'offrir à la clientèle matanaise les services d'un guichet d'accès. Ce guichet d'accès permettra de faciliter l'accessibilité des usagers aux différents services, d'éviter la duplication de services et de simplifier les processus d'accès aux services. Également, plusieurs actions dans le cadre du plan des mesures d'urgence ont été réalisées pour faire face à d'éventuels sinistres.

Au plan organisationnel, plusieurs postes vacants ont été comblés; soulignons, entre autres, celui de coordonnateur des services aux clientèles hospitalisées et directeur des programmes et des services aux personnes en perte d'autonomie et à la communauté. Également, il y a eu des changements au sein des membres du conseil d'administration dont le représentant du conseil multidisciplinaire, un représentant au siège «population» et un représentant au siège «cooptation».

Notons aussi les projets de réorganisation du travail qui ont fait l'objet de travaux sur les processus et le climat de travail: projet au niveau du CHSLD et celui sur les services psychosociaux. Les travaux se poursuivent.

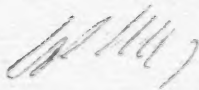
La majorité des objectifs convenus dans l'entente de gestion 2013-2014 ont été réalisés ou sont en voie de l'être. Le taux d'assurance-salaire est passé de 6.63 % en 2012-2013 à 5.94 % en 2013-2014, marquant une bonne diminution.

L'année 2013-2014 nous a permis de dresser un bilan positif des ententes mises en place avec nos partenaires du territoire. On peut noter la mise en place de la Table des aînés. C'est dans un esprit de partenariat aussi bien avec les autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux qu'avec les organisations d'autres secteurs d'activité (milieu communautaire, municipalité, éducation, économie sociale, etc.) que le CSSS de Matane entend poursuivre ses travaux de consolidation et d'amélioration de ses services afin de répondre aux besoins de la population de son territoire.

Nous remercions tous les membres du conseil d'administration qui consacrent bénévolement de nombreuses heures pour l'avancement d'une meilleure santé de notre population. Un merci également à la Fondation du CSSS de Matane qui par son soutien financier, nous supporte dans la réalisation de nos missions.

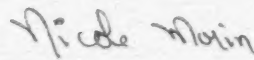
Pour conclure, nous insistons sur le fait que la réalisation de l'ensemble des activités du CSSS de Matane qui figurent dans notre rapport de même que l'atteinte des résultats obtenus en 2013-2014 ont été rendus possibles grâce à l'implication et au professionnalisme du personnel, des gestionnaires, des médecins et des bénévoles. Nous observons que notre personnel est dédié à la clientèle et c'est pourquoi nous adressons nos sincères remerciements aux quelques sept cents personnes pour qui la qualité des services est constamment au cœur de nos préoccupations.

Le président du conseil d'administration,



Louis Pelletier

La secrétaire du conseil
d'administration et directrice générale,



Nicole Morin

► *Déclaration de fiabilité des données contenues dans le présent rapport annuel de gestion et des contrôles afférents*

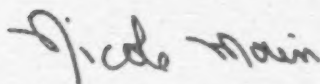
À titre de directrice générale du CSSS de Matane, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice terminé le 31 mars 2014 du CSSS de Matane :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement;
- Présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- Présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.

La directrice générale,



Nicole Morin

Chapitre 1



Présentation de l'établissement

La mission de l'établissement et des centres qu'il exploite

La mission du *Centre de santé et de services sociaux de Matane* est de faire en sorte qu'il se dispense dans les centres qui le compose, les meilleurs services à la population de la MRC de La Matanie dans le respect des missions (hôpital, centre d'hébergement, centre local de services communautaires).

Pour ce faire, l'approche privilégiée est celle des programmes-services (programmes-clientèles), caractérisée par la notion de réseau de soins et de services intégrés, de *continuum* de services requis par les clientèles cibles.

Donc, chaque programme-service met en place un ensemble de services et d'activités intégrés pour lesquels sont consenties des ressources humaines, matérielles et financières, où s'inscrit la présence d'équipes multidisciplinaires. L'établissement préconise la gestion en tandem (gestionnaire et médecin) au sein de chaque programme dans le but d'assurer une plus grande cohésion et une collaboration encore plus étroite dans la façon de dispenser les soins et les services à notre clientèle.

Mission hôpital :

La mission de l'hôpital est d'offrir des services diagnostiques et des soins généraux et spécialisés. À cette fin, ce centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins. Il s'assure que leurs besoins sont évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts. Ils peuvent être offerts à l'intérieur ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Mission centre d'hébergement :

La mission du centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon permanente ou temporaire un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance. À cela s'ajoutent des services de réadaptation, de diétothérapie, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

À cette fin, ce centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ladite installation ou de nos ressources affiliées.

La mission de ce centre comprend également l'exploitation de ressources intermédiaires, de concert avec des ressources privées du milieu de même que la prise en charge de la clientèle en perte d'autonomie desservie dans les résidences de type familial.

Mission centre local de services communautaires :

La mission du centre local de services communautaires est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

La mission d'un tel centre est également de réaliser des activités de santé publique sur son territoire, conformément aux dispositions prévues par la Loi sur la santé publique.

Les installations

Le Centre de santé et de services sociaux de Matane se compose de trois missions :

- L'*Hôpital de Matane* est un établissement de soins de courte durée offrant des services diagnostiques, des soins généraux et spécialisés. Cette installation dispose, au 31 mars 2014, de 45 lits de courte durée au permis.

La répartition des lits de courte durée est la suivante :

➤ Médecine incluant gériatrie de courte durée	28 lits
➤ Soins intensifs	4 lits
➤ Chirurgie	8 lits
➤ Obstétrique	3 lits
➤ Pédiatrie	2 lits

À ces lits s'ajoutent sept civières d'observation à l'urgence de même que trois berceaux en pouponnière.

- Le *Centre d'hébergement de Matane* est un établissement d'hébergement et de soins de longue durée, d'une capacité de 106 lits dont deux de ces lits permettent à l'organisation d'offrir des services d'hébergement temporaire ou de répit-dépannage.

Également, cette installation compte sur les ressources suivantes, affiliées par entente contractuelle, en collaboration avec des partenaires du milieu, permettant d'assurer aux personnes en perte d'autonomie de notre MRC un milieu de vie adapté à leurs besoins lorsqu'elles ne peuvent plus demeurer dans leur milieu naturel :

➤ Cinq ressources intermédiaires	60 places
➤ Une ressource de type familial	3 places

- Le *CLSC de Matane* est un établissement public existant en fonction de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il a pour mission d'offrir en première ligne à la population de la MRC de La Matanie des services de santé et des services sociaux courants de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

À cette fin, le CLSC s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Le CLSC de Matane dispense des services à son principal lieu, à l'édifice Bon-Pasteur situé au 349 de l'avenue Saint-Jérôme à Matane. Il accorde toutefois une importance particulière au déploiement de ses activités aux extrémités du territoire à desservir par l'exploitation des points de services dans les localités de Les Méchins et de Baie-des-Sables.

Le *Centre de santé et de services sociaux de Matane* dessert une population de quelque 22 363 habitants.

À l'annexe « 5 », vous trouverez la fiche sociosanitaire du Réseau local de services de Matane
Référence : Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Consultation et information de la population

Sous l'autorité directe de la Direction générale, le Service des communications et des affaires publiques du Centre de santé et de services sociaux de Matane utilise, encourage et développe divers modes d'information et de consultation bidirectionnels en regard de l'organisation et de la prestation des soins et des services.

Sur une base continue, divers outils sont utilisés, dont :

- Un journal interne accessible à nos 150 000 visiteurs annuels et distribué aux partenaires socio-économiques de La Matanie. Les médias le reçoivent également et reprennent régulièrement des articles;
- Le site internet, après deux ans d'existence, a reçu près de 197 403 visites et plus de 500 curriculum vitae;
- La présence de représentants du CSSS de Matane lors de divers événements donne lieu à la rédaction de discours et permet une interaction avec les personnes présentes;
- Deux périodes de questions sont à l'ordre du jour de chaque réunion publique du conseil d'administration;
- Les représentants du milieu socio-économique sont consultés sur une base régulière, que ce soit les élus municipaux, provinciaux et les groupes corporatifs ou communautaires de La Matanie;
- Le conseiller aux communications et aux affaires publiques ainsi que diverses personnes en autorité au CSSS de Matane accordent des dizaines d'entrevues par année aux médias;
- Sondage sur les services alimentaires;
- Écrans numériques;

- Des dépliants et des affiches sont réalisés régulièrement comme ceux accessibles dans des présentoirs (abrégé du code d'éthique...) ou dans certains services (CLSC, salle de prélèvements...).

Tous ces outils sont bidirectionnels, car tout en informant ou en sensibilisant la population à l'offre des soins et des services, des liens numériques ou téléphoniques permettent aux gens d'interagir dans chacun de nos moyens de communication.

Chapitre 2



Rapport annuel du commissaire local aux plaintes

Bilan du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Le rôle principal du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est de veiller au respect des droits des usagers et de traiter leurs plaintes de façon diligente. Il peut également intervenir de sa propre initiative, si des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ne sont pas respectés. À cet égard, lorsqu'il le juge opportun, le commissaire fait des recommandations à l'établissement qui peut, par la suite, corriger certaines situations. L'indépendance qui lui est conférée lui permet d'agir sans contraintes, le commissaire relevant directement du conseil d'administration. Voici une synthèse de son rapport :

Répartition du type de dossiers

Plaintes	56
Interventions	6
Plaintes médicales, Pharmaciens, Dentistes	19
Assistances	17
Consultations	9
Protecteur du citoyen	2
Total :	109

Répartition du nombre de motifs de plainte et d'intervention

Accessibilité	10
Aspect financier	6
Droits particuliers	5
Organisation du milieu et ressources matérielles	16
Relations interpersonnelles	17
Soins et services dispensés	19
Autres	3

Une plainte ou une intervention peut contenir plus d'un motif.

Dans le cadre de ses activités, l'établissement doit informer sa clientèle du résultat sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et des interventions. Le rapport complet qui inclut les recommandations et les statistiques du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (incluant celui du médecin examinateur) est disponible au siège social du CSSS de Matane en format papier et en fichier PDF sur le site Internet de l'établissement. Le règlement sur la procédure d'examen des plaintes est également disponible.

Toute plainte ou signalement peut être destiné à M. Jacques Deschênes, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, soit par courrier : 333, rue Thibault, Matane (Québec) G4W 2W5, (siège social) ou à son bureau 150, avenue Saint-Jérôme, Matane (Québec) G4W 3A2, par courriel : jacques.deschenes.csssmatane@ssss.gouv.qc.ca, par téléphone : 418-562-3135, poste : 3010 et sur le site Internet de l'établissement au www.csssmatane.com.



Fondation de l'hôpital de Matane

Au cours de l'année 2013, la Fondation de l'hôpital de Matane a remis des dons pour un montant de 106 290,16 \$ au CSSS de Matane :

- Pour faire la promotion de la semaine de la nutrition;
- Pour permettre la tenue des ateliers *Jouons avec Cornemuse* au CLSC;
- Procéder à l'achat d'un osmomètre et d'une cytocentrifugeuse pour le laboratoire;
- Procéder à l'achat d'instruments pour les chirurgies maxillo-faciales et un appareil de prise de pression intracompartiment pour le bloc opératoire;
- Procéder à l'achat d'un tonopen à la clinique externe;
- Procéder à l'achat d'un moniteur cardiaque portatif, d'un réchaud à couvertures et d'une civière ergonomique pour effectuer les examens au département d'imagerie médicale;
- Procéder à l'achat de verticalisateurs non-motorisés pour l'urgence et le département de médecine;
- Procéder à l'achat d'un module pour un moniteur cardiaque à 12 dérivations, d'un lève-personne sur rail avec moteur et d'un bladder scan pour l'urgence;
- Procéder à l'achat d'un saturomètre pour nouveau-né;
- Revitaliser les salles de traitement en oncologie;
- Pour la réalisation du projet géronto-gériatrique.

La Fondation est fière de ses réalisations et de son partenariat avec le CSSS de Matane. Investissons dans notre santé par un don à la Fondation!

Liste des membres :

Frank McMullen	Président
Yves Larouche	Vice-président
Gilles Sioui	Trésorier
Clémence Caillouette	Secrétaire
Dominic Bouffard	Administrateur
Yves Lavoie	Administrateur
D ^{re} Renée Gagnon	Administratrice
Jean-Charles Caron	Administrateur
Marie-Claude Verreault	Administratrice
Nicole Morin	Directrice générale du CSSS de Matane
Marie-Josée Lapointe	Directrice générale de la Fondation de l'hôpital



Direction des soins infirmiers

La Direction des soins infirmiers est une direction conseil qui a pour mandat la surveillance et le contrôle de la qualité des soins infirmiers. Pour assumer sa fonction, la DSI exerce les responsabilités inhérentes aux domaines suivants :

- la qualité des soins infirmiers et la gestion des risques et des plaintes;
- les règles de soins;
- les compétences cliniques;
- l'enseignement à la recherche;
- les effectifs en soins infirmiers;
- le soutien au CII et au CIA;
- l'organisation des soins infirmiers.

Cette direction assure la gestion des services ambulatoires tels que la médecine de jour incluant l'oncologie, les maladies chroniques et les soins infirmiers courants (secteurs CLSC de Matane), et ce, dans une perspective d'accessibilité et de continuité ainsi que d'amélioration continue de la qualité.



Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations, de nos décisions et de nos actions

- ✎ Dans le cadre du processus d'accréditation avec Agrément Canada, la Direction des soins infirmiers a pris en charge les équipes qualifiées pour les normes des soins ambulatoires, des services ambulatoires de thérapie systématique contre le cancer et la prévention des infections, ainsi que les différentes pratiques organisationnelles requises telles que la prévention des chutes, la prévention des plaies de pression, l'hygiène des mains, taux d'infections nosocomiales, formation, perfectionnement et vérification de l'hygiène des mains, les deux identificateurs de l'utilisateur et les pompes à perfusion.
- ✎ Relocalisation des soins infirmiers courants à l'hôpital avec une offre de services 7/7 jours et une plage horaire s'étendant de 7 h 30 à 20 h.
- ✎ Révision des trajectoires en fonction des critères d'accès spécifiques pour l'accessibilité des soins et services en médecine de jour incluant l'oncologie et les soins infirmiers courants.
- ✎ Dans un souci d'assurer une prestation sécuritaire des soins et des services à la population, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales est un dossier prioritaire à la Direction des soins infirmiers.

► Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

Implication active et collaboration à la planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers avec la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel.

- ✎ Stratégies pour l'attraction et la rétention du personnel :
 - Participation à la journée porte ouverte auprès des étudiants en soins infirmiers du Cégep de Matane en septembre 2013;
 - Planification d'activités avec l'ensemble des étudiants en soins infirmiers pour entretenir des liens et développer un sentiment d'appartenance;
 - Planification d'une activité de recrutement pour les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires du Centre de formation professionnelle de Matane.
- ✎ Participation à l'évaluation et au suivi infirmiers(ères) et infirmiers(ères) auxiliaires avec les gestionnaires.
- ✎ Élaboration de projets pour demande de soutien financier pour les programmes de soutien clinique tels que l'externat, le mentorat et le préceptorat.
- ✎ Planification de formation afin de permettre le maintien, l'actualisation ou le développement des compétences du personnel infirmier et ainsi favoriser la réponse à la norme professionnelle de formation continue pour les infirmières et infirmières auxiliaires.
- ✎ Planification de rencontres régulières d'équipe pour tous les secteurs d'activités sous la Direction des soins infirmiers.
- ✎ Maintien de stratégies d'action pour créer et maintenir un environnement de travail sain et harmonieux qui favorise l'engagement et l'épanouissement personnel autant que professionnel pour l'ensemble des secteurs de pratique en soins infirmiers.

► Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat

- ✎ Dans le cadre du plan directeur et du plan d'action du programme de cancérologie du MSSS « Ensemble, en réseau, pour vaincre le cancer », le tandem médical et clinico-administratif a été désigné pour siéger au comité de coordination et de concertation du réseau de cancérologie interrégional qui a débuté ses activités en juin 2013.
- ✎ La Direction des soins infirmiers du CSSS (DSI) participe au comité de gouverne et à la table régionale des besoins cliniques à titre de représentante des directions de soins infirmiers des CSSS du Bas-St-Laurent.
- ✎ Partenariat avec les maisons d'enseignement secondaire, collégial et universitaire.
- ✎ Représentativité du CIIA au sein de la commission infirmière régional (CIR).
- ✎ Participation à la table régionale des directrices des soins infirmiers du Bas-Saint-Laurent.
- ✎ Participation au comité de coordination du GMF.
- ✎ Collaboration avec l'Association du cancer de l'est du Québec (ACEQ) pour un projet de massothérapie en oncologie, les ateliers Belle et bien dans sa peau et art-thérapie.
- ✎ Collaboration avec la Fondation de l'hôpital de Matane.

► Des équipes qui relèvent des défis

- ✎ La Direction des soins infirmiers maintient une collaboration constante avec le conseil des infirmières et infirmiers (CII) et le comité des infirmières et infirmières auxiliaires (CIIA) qui sont actifs au sein du CSSS.
- ✎ Démarche amorcée pour créer un comité relève infirmière en collaboration avec les membres du CECII.
- ✎ La Direction des soins infirmiers a un rôle-conseil et relève le défi de travailler en collaboration avec tous les gestionnaires en soins infirmiers qui sont des collaborateurs étroits dans l'accomplissement du mandat de surveillance et de contrôle de la qualité des soins infirmiers (ex. : chutes, plaies, contention, erreurs de médicaments, etc.).

► Services ambulatoires

- ✎ Les services ambulatoires comprennent trois secteurs :
 - la médecine de jour incluant l'oncologie;
 - les maladies chroniques;
 - les soins infirmiers courants (secteur CLSC de Matane).

► Médecine de jour incluant l'oncologie

Voici différentes données statistiques démontrant le niveau d'activité/année financière dans ces secteurs.

Nombre d'usagers requérant différents suivis en oncologie par l'infirmière pivot		
2013-2014	2012-2013	2011-2012
246	247	245

Nombre de rencontres et de suivis téléphoniques par l'infirmière pivot 2013-2014	
Rencontres	Suivis téléphoniques
1 232	1 041

Voici différentes données statistiques démontrant le niveau d'activité/année financière dans ces secteurs (suite)

Nombre d'utilisateurs requérant des traitements d'oncologie	
2013-2014	2012-2013
101	91

Nombre de visites pour les traitements d'oncologie	
2013-2014	2012-2013
649	685

Nombre d'utilisateurs requérant des soins en médecine de jour incluant l'oncologie		
2013-2014	2012-2013	2011-2012
518	521	474

Nombre d'interventions en médecine de jour incluant l'oncologie		
2013-2014	2012-2013	2011-2012
3 759	3 705	3 371

Secteur des maladies chroniques

Les services de première ligne en maladies chroniques dans notre MRC sont un dossier prioritaire.

La clientèle aux prises avec des maladies chroniques est prise en charge par une équipe interdisciplinaire qui favorise la mise en place de mesures de concertation afin de favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins.

Les infirmières cliniciennes, la nutritionniste, le kinésiologue, l'inhalothérapeute et l'intervenant psychosocial sont les professionnels qui interviennent auprès de la clientèle en maladies chroniques.

Voici des données statistiques démontrant le niveau d'activité pour l'année 2013-2014 :

Équipe interdisciplinaire – Prise en charge des usagers en maladies chroniques

PÉRIODES 1 À 13				
Pathologies	Rencontres individuelles (évaluation, enseignement et suivi)		Bilan total	
	Nouveaux cas référés cette année	Total des interventions individuelles	Total des usagers terminant le plan de suivi (fermeture de dossier actif à l'équipe maladies chroniques)	Nombre d'usagers différents rencontrés dans l'année
Asthme	102	229	116	126
MPOC	75	790	75	172
Diabète	223	4078	186	533
Patients à risque	90	617	81	153
MCV	111	742	34	152
Rhumatologie	119	1941	37	414
CAT	39	216	36	46
TOTAL	759	8613	565	1596

 **Soins infirmiers courants (secteur CLSC de Matane)**

Les interventions en soins infirmiers dispensées dans le secteur des soins courants ont subi une augmentation majeure que l'on peut associer à trois (3) facteurs, soit :

- L'ouverture des soins infirmiers courants 7/7 jours avec une plage horaire additionnelle soit de 16 h 30 à 20 h depuis le 16 décembre 2013, et ce, en plus de celle déjà accessible de 7 h 30 à 16 h 30 sans interruption.

- La relocalisation des soins infirmiers courants à l'hôpital a permis de revoir des trajectoires de soins (ex. : antibiothérapie intraveineuse, surveillance de la clientèle recevant des soins de la médecine de jour reliés à la médecine transfusionnelle après 16 h, etc.).
- Application des nouveaux critères en soutien à domicile où la clientèle non admissible est redirigée aux soins infirmiers courants.

2013-2014	2012-2013	2011-2012
9 466	6 458	5 270



Direction de la santé physique

La Direction de la santé physique s'adresse à la clientèle ambulatoire et hospitalisée requérant des services à l'hôpital.

Les secteurs desservis se répartissent ainsi :

- Urgence - soins intensifs, bloc opératoire - stérilisation, cliniques externes spécialisées;
- Unités de médecine-pédiatrie et chirurgie-obstétrique;
- De plus, le guichet d'accès pour la population et l'approche adaptée en gériatrie sont des secteurs en voie de développement.

Des objectifs d'amélioration, d'accessibilité, de qualité et de continuité pour la clientèle motivent nos défis quotidiens.



Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations et au cœur de nos décisions

Urgence - soins intensifs :

- ✕ Réorganisation de la salle de réanimation afin de répondre aux normes de la prévention des infections;
- ✕ Amélioration du processus lors d'une admission sur les unités de soins;
- ✕ Amélioration des résultats au palmarès des urgences;
- ✕ Suivi des cibles ministérielles;
- ✕ Maintien des conditions de travail par la mise en place du projet d'horaire des 12 heures pour les infirmières;
- ✕ Maintien du repérage à l'urgence pour identifier les personnes à risque de perte d'autonomie;
- ✕ Participation au projet IMPACT (exercice « Après bal » : scène d'accident pour les étudiants des secondaires 4 et 5);
- ✕ Comité interdisciplinaire en santé mentale;
- ✕ Révision des modalités entourant la traumatologie;
- ✕ Élaboration d'ordonnances collectives;
- ✕ Évaluation du personnel;
- ✕ Actions sur la mobilisation du personnel.

Années	2013-2014	2012-2013
Séjour moyen sur civière (heures)	7,5	8,26
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus (heures)	9,1	10,33
% séjour de 48 heures et plus	0	0,4
% séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	0	0,6
Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale (heures)	7,1	7,65
% séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	0	0,56
Nombre d'usagers sur civière de plus de 48 heures	0	18

Cliniques externes spécialisées

- ✕ 19 725 visites : chirurgie – orthopédie – cryothérapie – oto-rhino-laryngologie – test allergie – ophtalmologie – médecine interne – rhumatologie – gynécologie.

Bloc opératoire – Stérilisation

- ✕ Suivi des cibles ministérielles en lien avec les mécanismes d'accès et le respect des délais pour une chirurgie;
- ✕ Planification et introduction d'équipements médicaux spécialisés;
- ✕ Analyse de l'organisation du travail;
- ✕ Actions sur la mobilisation du personnel;
- ✕ Évaluation du personnel;
- ✕ Démarche d'optimisation du nombre de chirurgies PTG-PTH en vue des cibles;
- ✕ Amélioration des lieux physiques à la stérilisation afin de diminuer la pression sur les structures musculosquelettiques du personnel.

Années	2013-2014	2012-2013
Chirurgie d'un jour (sans endoscopie)	189	411
Chirurgie avec hospitalisation	295	314
Prothèse totale de la hanche	23	18
Prothèse totale du genou	27	48
Endoscopie digestive (faite en chirurgie d'un jour)	359	949
Endoscopie digestive (faite hors bloc)	871	424

N.B. : Un seul orthopédiste répond à la demande en 2013-2014 contrairement à l'année précédente.

Unité de médecine-pédiatrie-gériatrie

- ✎ Amélioration du processus d'admission sur l'unité de soins;
- ✎ Réorganisation du travail et révision des rôles et responsabilités des membres de l'équipe;
- ✎ Consolidation des activités liées à la planification des départs de la clientèle hospitalisée;
- ✎ Évaluation du personnel.

Unité chirurgie-obstétrique

- ✎ Amélioration du processus d'admission sur l'unité de soins;
- ✎ Programme « AMPRO » (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux):
 - Module 3 « Modifier la culture »;
 - Certification d'excellence obtenue.
- ✎ Révision des outils d'enseignement, des dossiers transfert nouveau-né/mère/parturiente, etc.;
- ✎ Analyse rétrospective des dossiers de toutes les mères allaitantes ou non en lien avec la conformité sur la supplémentation en vue d'identifier les sources de difficultés sur le % d'allaitement:
 - Formation sur le peau à peau à la naissance: infirmière de l'obstétrique, infirmière du bloc opératoire.
- ✎ Mode de fonctionnement de l'obstétrique révisé;
- ✎ Élaboration d'ordonnances collectives;
- ✎ Évaluation du personnel.

Années	2013-2014	2012-2013
Nombre de naissances	176	173
Taux d'allaitement	56 %	58 %

De plus, la direction a travaillé sur :

- ✎ Le guichet d'accès: projet organisationnel d'un service de première ligne touchant l'ensemble de l'organisation et du réseau local (RLS), ayant comme objectif: une voie d'accès des demandes pour notre population;
- ✎ L'approche adaptée aux personnes âgées: cadre de référence intra-hospitalier, programme de marche, comité d'implantation, développement d'outils, de documents d'information et amélioration des lieux physiques, formation pour tous les secteurs, etc.;
- ✎ L'élaboration de différentes politiques et procédures ainsi que d'ordonnances collectives afin de mieux coordonner les activités professionnelles;

- ✕ Participation à l'élaboration du programme de soins palliatifs.

► Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- ✕ Formation « AMPRO »; approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux;
- ✕ Démarche organisationnelle des équipes qualité composées de différentes catégories de personnel;
- ✕ Consolidation des rencontres régulières du personnel et des assistantes des différents secteurs;
- ✕ Formation;
- ✕ Formation en vue du repérage des clientèles présentant des problèmes de dépendance.

► Une instance locale qui exerce un *leadership* en matière de partenariat

- ✕ Fondation de l'hôpital de Matane;
- ✕ Opération Enfant-Soleil;
- ✕ Grand Mc Don;
- ✕ Maisons d'enseignement secondaire, collégial et universitaire.

► Des équipes qui relèvent des défis

- ✕ Guichet d'accès;
- ✕ Approche adaptée à la personne âgée à l'hôpital;
- ✕ Agrément Canada : équipes qualité, sondages, etc.

Statistiques

Hôpital de Matane

Statistiques hospitalières annuelles		2013-2014 1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014	2012-2013 1 ^{er} avril 2012 au 31 mars 2013
Nombre de jours-présence :	▪ courte durée	♦ 12 859	♦ 12 567
Nombre de visites :	▪ urgence	21 018	22 255
	▪ consultations externes	29 986	31 835
Total des interventions au bloc opératoire :	▪ usagers	1 731	1 629
Endoscopie :	▪ nombre d'examens	1 483	1 679
Médecine de jour :	▪ usagers	1 670	1 520
	▪ jours-traitements	9 286	8 224
Nombre de procédures pondérées en laboratoires		1 410 119	1 343 286
Nombre d'unités techniques provinciales en électrophysiologie		133 153	131 467
Imagerie médicale : (excluant tomodensitométrie)	▪ examens	29 869	29 202
	▪ unités techniques provinciales	548 939	529 210
Tomodensitométrie :	▪ examens	5 916	5 283
	▪ unités techniques provinciales	120 635	114 167
Nombre d'unités techniques provinciales en inhalothérapie		296 407	291 701
Nombre de jours-traitements en physiothérapie (hôpital et CHSLD)		8 088	7 343
Nombre de jours-traitements en ergothérapie (hôpital et CHSLD)		2 042	1 953
Nombre de repas en alimentation (hôpital seulement)		♦ 68 593	♦ 68 276
Nombre de kilogrammes de linge lavé à la buanderie (hôpital et CHSLD)		318 835	348 290

Source : Rapport financier annuel (Formulaire AS-471)

♦ Formulaire AS-478



Direction des ressources financières, techniques et informationnelles

L'année 2013-2014 a été marquée par différents projets visant à améliorer tant les infrastructures que les systèmes d'information. De plus, les résultats financiers sont à la hauteur des attentes, notre établissement ayant terminé l'exercice 2013-2014 en équilibre.



Un établissement de première ligne: la personne est au centre de nos préoccupations, de nos décisions et de nos actions

✎ Réalisation du plan de conservation et de fonctionnalité immobilière. Notre CSSS a inscrit en programmation budgétaire des projets totalisant 1 183 000 \$. Des travaux ont été réalisés pour 2 013 453 \$, incluant les années antérieures, visant à améliorer la sécurité et l'efficacité de nos actifs immobiliers. Notons, entre autres :

- La création d'un agrandissement à l'hôpital abritant des locaux pour le guichet d'accès;
- Le déménagement du service d'admission près de l'urgence;
- La relocalisation et mise aux normes de l'atelier des techniciens en génie biomédical;
- La fin des travaux de réparation de l'étanchéité de la dalle au-dessus du réservoir d'huile;
- Le réaménagement de locaux et l'installation d'une plate-forme mécanique au CLSC permettant la réception, la désinfection et l'entreposage des équipements en prêt du maintien à domicile;
- Des modifications visant l'installation d'un nouvel appareil d'analyse de microbiologie au laboratoire.

✎ Réalisation du plan de conservation des équipements médicaux, non médicaux et informatiques. Nous avons investi en 2013-2014 un montant de 948 972 \$ afin de remplacer nos équipements en fin de vie dans le but de maintenir notre offre de services à la population dont les principaux sont :

- Analyseur de microbiologie au laboratoire;
- Colonoscopes en endoscopie;
- Appareil d'anesthésie au bloc opératoire.

✎ Actualisation du service d'hygiène et salubrité et zones grises en vue d'améliorer l'efficacité et la sécurité des usagers/résidents. Les principales réalisations sont :

- L'acquisition et l'intégration d'un système de gestion des circuits de travail (logiciel Propre);
- Développement et rodage des circuits de travail;
- Désintégration des postes de préposés mixtes et intégration des heures dans des circuits de travail;
- Révision des horaires de travail en vue d'assurer une présence jour-soir-nuit;
- Uniformisation des techniques de travail en milieu de soins de courte et de longue durée;
- Réalisation d'un projet de six (6) mois en vue d'intégrer les zones grises en CHSLD;
- Développement et rédaction d'un cahier de procédures de nettoyage et désinfection des zones grises.

✎ Nous avons aussi réalisé :

- Un sondage sur la satisfaction de la clientèle du service alimentaire (usagers/résidents, employés);
- Le retrait des pannes en aluminium du service alimentaire par des pannes en acier inoxydable dans un souci d'économie;
- Le remplacement des téléviseurs en location dans les chambres de courte durée par des modèles à la fine pointe de la technologie, plus sécuritaires et conçus pour les désinfections;
- Un appel d'offres visant l'octroi d'un mandat à la firme ESE pour la réalisation d'un projet d'économie d'énergie;
- Le démarrage d'une démarche de développement d'un PDCI (plan directeur clinique et immobilier);
- À la buanderie, la poursuite des travaux d'optimisation de façon à améliorer nos processus et diminuer nos coûts de production et l'amorce d'une étude évaluant la pertinence d'implanter une buanderie au Centre d'hébergement;
- La mise à jour et la mise en place de plusieurs politiques et procédures concernant plusieurs sujets dont la gestion de l'eau potable, l'entretien des équipements biomédicaux, les objets personnels des résidents et usagers et la gestion des déchets biomédicaux, entre autres;
- La mise en place d'une politique, d'une procédure et d'un registre concernant la gestion de l'amiante;
- Notons enfin la poursuite de l'implantation d'un système d'entretien préventif visant, entre autres, l'entretien et la sécurité de nos équipements.

✎ Mise à jour et rehaussement de la codification du système d'information du registre des traumatismes du Québec (SIRTQ).

- ✎ Diminution des délais de transcription à la dictée numérique permettant ainsi un accès plus rapide aux rapports de consultations spécialisées.
- ✎ Participation à la mise en place d'un *index patient maître régional* (IPMR) servant à unifier les données d'identification des usagers à l'intérieur de la région avec celles de la RAMQ. L'IPMR est un outil essentiel à l'implantation d'un dossier clinique informatisé régional :
 - Un appariement différentiel est effectué avec la RAMQ régulièrement afin de maintenir l'index patient local à jour et optimiser la qualité des données.



Direction des programmes et des services aux personnes en perte d'autonomie et à la communauté



Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations, de nos décisions et de nos actions.

Cette direction a pour mandat d'offrir aux personnes en perte d'autonomie temporaire ou permanente des services de maintien dans le milieu et des services d'hébergement de soins de longue durée. Ces services s'adressent à toute personne qui présente une ou des incapacités temporaires ou permanentes dont la cause peut être physique, sociale ou psychologique et visent ainsi à assurer la qualité de vie des personnes, tout en favorisant leur maintien au sein de leur milieu de vie.

La réalisation de ce mandat au quotidien s'inscrit dans un axe de collaboration avec l'ensemble des équipes et des directions, notamment au plan de son processus d'Agrément et au plan de la prestation sécuritaire des soins et des services, et ce, dans un cadre d'amélioration constante et optimale de la qualité.

Cette direction a aussi la responsabilité d'offrir des services préventifs, curatifs et communautaires à la population de son territoire et plus particulièrement, aux jeunes et à leurs familles ainsi qu'à toute personne aux prises avec des problèmes de santé mentale. Par ailleurs, différents services plus spécifiques s'adressant aux enfants, aux jeunes et à leur famille sont disponibles. La direction assure également la gestion des services psychosociaux généraux pour toute la communauté débutant par l'accueil, l'analyse, l'orientation et la référence des demandes.

De ces rôles, la direction participe au sein du CSSS à favoriser la primauté de la personne au cœur de ses préoccupations et au centre de ses décisions. En lien avec cette grande mission de première ligne, plusieurs programmes ont été mis en place en lien aussi avec nos collaborateurs externes.



Volet maintien dans le milieu

Au cours de l'année 2013-2014, les services offerts aux adultes âgés en perte d'autonomie ont bénéficié d'un ensemble de conditions favorisant le maintien dans leur milieu de vie soit :

- ✎ La mise en place d'une entente de services en mai 2013 de 3 places (lits) dans le cadre de l'offre de service de *l'Unité transitoire en réadaptation fonctionnelle* dans une ressource privée;
- ✎ Le développement d'une offre de service en collaboration avec les instances locales et régionales concernées, pour toute la clientèle en perte d'autonomie présentant des besoins spécifiques au plan comportemental. Une formation appropriée a été offerte aux membres du personnel;
- ✎ Le travail de partenariat pour le bien-être de notre clientèle, en réalisant des rencontres d'échanges bimensuelles entre les propriétaires des ressources intermédiaires, le coordonnateur et son équipe de professionnels dédiés;
- ✎ La participation aux travaux reliés à la mise en œuvre de la Loi 49 sur la représentation des ressources dont les ententes spécifiques ont été signées en octobre 2013;
- ✎ La poursuite des travaux dans le cadre du projet d'optimisation au programme de soutien à domicile favorisant l'accessibilité et la continuité des services;
- ✎ La poursuite du plan d'actualisation des lignes directrices régionales pour la réalisation du Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) afin d'atteindre la cible provinciale de 74% d'ici 2015 ;
- ✎ L'actualisation de l'offre de service en maintien à domicile en réalisant 12 projets PAD : Projet d'adaptation domiciliaire pour les personnes aux prises avec un handicap physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement et personnes en perte d'autonomie avec profils gériatriques;
- ✎ La consolidation du plan d'Accès DI-OP-TED en collaboration avec les directions concernées;
- ✎ Liens de collaboration avec les partenaires internes pour l'élaboration d'un programme en soins palliatifs;
- ✎ Accentuation du repérage pour identifier les personnes en perte d'autonomie, de modérée à grave, afin de les diriger vers le bon service du Réseau local de services.

► Une organisation, dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation.

- ✕ Liens de collaboration avec les directions concernées aux processus de recrutement, de rétention et de mobilisation de la main d'œuvre tant pour le secteur des soins infirmiers que pour celui des pratiques professionnelles;
- ✕ Participation au comité des horaires CSSS afin d'assurer une juste répartition des effectifs en soins infirmiers dans notre établissement;
- ✕ Accent sur le travail d'équipe interdisciplinaire au profit d'un comité d'organisation des services (COS) dans le secteur du soutien à domicile afin de donner accès aux services (soins infirmiers, réadaptation, soins d'hygiène, psychosociaux, etc.) à une clientèle à domicile ou suite à l'hospitalisation (ÉMIP);
- ✕ La poursuite de la réorganisation du travail en soins infirmiers dans le programme de Maintien à domicile dans un cadre d'optimisation des ressources humaines et d'amélioration continue de la qualité de services.

► Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat

- ✕ Participation active à la Table des aînés de la Matanie;
- ✕ Participation au comité sur la maltraitance à Matane;
- ✕ Partenariat entre le CSSS, la Commission scolaire des Monts et Marées et le Centre de soutien aux proches aidants du Relais Santé afin d'offrir des ateliers différents pour soutenir les proches aidants.

► Des équipes qui relèvent des défis

- ✕ Démarrage de la phase préparatoire en vue d'intensifier les services à domicile;
- ✕ Évaluation de l'ensemble de la clientèle (personnes adultes-aînées en perte d'autonomie, déficience) avec l'outil multicientèle et déploiement du module plan de services individualisés et d'allocation de services;

- ✎ Poursuite de la réalisation du programme PIED (Programme intégré d'équilibre dynamique), en collaboration avec les services de réadaptation. Ce programme spécifique d'exercices s'inscrit dans une démarche de prévention des chutes auprès des aînés vivant à domicile;
- ✎ Poursuite du soutien aux clientèles concernées par la référence au programme FAPH (Fonds d'aide aux personnes handicapées disponible par une demande de service au programme de Maintien dans le milieu. Partenariat entre le CSSS, la Commission scolaire des Monts et Marées et le Centre de soutien aux proches aidants du Relais Santé afin d'offrir des ateliers différents pour soutenir les proches aidants.

Volet communautaire

L'année 2013-2014 est une année de changement pour l'offre de services psychosociaux pour la Matanie. Un projet de réorganisation du travail des services psychosociaux a permis de revoir l'ensemble de l'offre de services et les processus de travail afin d'améliorer le service à la clientèle.

Services Jeunesse – Enfance - Famille

- ✎ Participation à la phase d'appropriation du programme d'intervention en négligence « Entrain » : deux cohortes ont rejoint 22 personnes (parents et enfants);
- ✎ Rencontre avec le comité local MSSS-MELS (ministère de la Santé et des Services sociaux, ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport);
- ✎ Élaboration d'outils promotionnels des services : nous avons procédé à la mise en place de l'offre de service jeunes en difficulté;
- ✎ Collaboration au comité régional en « Chantier langage » : chantier terminé et une offre régionale et locale sont déployées pour améliorer l'accessibilité du service. Les trajectoires sont mieux définies;
- ✎ Déploiement du Programme « Anna et la mer » (programme d'intervention auprès des enfants 6-12 ans dont le parent a un diagnostic de santé mentale) : aucune cohorte pour l'année;
- ✎ Maintien des activités de masse en santé dentaire. Participation d'une recherche étude en santé dentaire au primaire : la recherche est terminée et nous avons eu une très belle collaboration du milieu scolaire de notre territoire.

Services adultes

- ✎ Intégration du programme Alcochoix; le programme est fonctionnel et nous avons un répondant local;

- ✕ Intégration du modèle « Émergent » constituant les services de premières lignes de la clientèle desservie auparavant par le Centre de réadaptation de la déficience intellectuelle : nous avons accueilli une éducatrice spécialisée provenant du CRDI. Elle fait partie de notre équipe de maintien;
- ✕ Mise en place de la Clinique jeunesse au Cégep de Matane : disponible deux jours par semaine, permettant le repérage; les arrimages sont faits avec les professionnels du Cégep;
- ✕ Dépistage de masse en ITSS pour les jeunes de 15 à 24 ans;
- ✕ Révision du Plan local en santé publique : le plan est révisé et nous avons créé une table locale en santé publique, pour l'instant cette table est interne;
- ✕ Maintien des activités de vaccination de masse.

► *Santé publique*

- ✕ Intégration de l'agente en prévention et promotion, cette année nous avons approprié le rôle et les responsabilités en lien avec les volets 1-2 et 3. Un outil promotionnel a été fait afin de diffuser l'information aux partenaires internes et externes.
- ✕ Révision du « Plan local en santé publique » : le plan est révisé et nous avons créé une table locale en santé publique. Pour l'instant, il s'agit d'une table interne et l'an prochain, nous avons comme défi d'y inclure nos partenaires.
- ✕ Activités dédiées à la population :

► Jeunesse :

- Salon de la famille : kiosque sur les saines habitudes de vie;
- Vaccination pour les 5 ans : kiosque sur les saines habitudes de vie;
- Clinique sur la sécurité à vélo, activité vélo smoothies;
- Maintien des activités de masse en santé dentaire. Participation d'une recherche étude en santé dentaire au primaire : la recherche est terminée et nous avons eu une très belle collaboration du milieu scolaire de notre territoire.

► Vie active :

- Redémarrage des groupes « Vie active » : 3 cohortes de 8 à 12 participants dans 3 résidences pour aînés (Résidence du Parc, Résidence des Îles et la Résidence Peter-Forbes) et conférence pour un autre groupe à St-Adelme;
 - Cafés-rencontres à tous les mercredis en après-midi, mise en place des jardins communautaires pour les mêmes résidences;
 - Atelier de motricité fine, atelier sur les saines habitudes de vie.
- Clinique en prévention-promotion des saines habitudes de vie en novembre, clinique populationnelle (centre commercial).
- Mise en place de la saine compétition Défi 5-30, 8 municipalités inscrites.
- Implication pour le Relais pour la vie, kiosque sur les saines habitudes de vie.

► Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- ☞ Implication des employés dans le projet d'organisation du travail des services psychosociaux ;
- ☞ Participation des employés au plan de développement des compétences selon le plan de formation établi.

► Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat

- ☞ Implication aux tables de concertation locales :
 - Table de concertation en santé mentale et dépendances : une seule rencontre pour l'année;
 - Participation régulière de nos représentants professionnels aux tables :
COSMOSS / 0-5 ans;
COSMOSS / Hypersexualisation/Intimidation;
COSMOSS / Saines habitudes de vie.
 - Table en violence;
 - Participation des gestionnaires aux tables locales et régionales de concertation;
 - Comité local MSSS-MELSS.

- ✎ Renouvellement de nos ententes avec les partenaires (Cuisine collective, Centre d'action bénévole, Parents d'abord);
- ✎ Participation active au comité local périnatalité médicale :
 - Harmonisation des services;
 - Optimisation de la communication entre les services pour le bénéfice des parents ;
 - Poursuite du travail visant l'obtention « Initiative Amis des Bébé » (IAB) ;
- ✎ Élaboration avec les partenaires du réseau intégré de la trajectoire de services en dépendances, intégrant les mécanismes d'accès locaux;
- ✎ Amélioration de l'arrimage et définition des corridors de services psychosociaux avec le service d'urgence.

 Des équipes qui relèvent des défis

- ✎ Participation active au processus d'Agrément, nous avons créé une équipe-qualité qui assure les liens entre l'ensemble des équipes de travail;
- ✎ Collaboration dans la révision de l'offre de service, redéfinition des trajectoires psychosociales ;
- ✎ Création d'un comité de travail pour la mobilisation du personnel et ainsi favoriser un climat de travail harmonieux, en collaboration avec le syndicat APTS.

Statistiques

Volet communautaire

Années	2011-2012		2012-2013		2013-2014	
Service	Nombre de PI-PII-PSI	Nombre d'utilisateurs	Nombre de PI-PII-PSI	Nombre d'utilisateurs	Nombre de PI-PII-PS	Nombre d'utilisateurs
Nombre de P.I. -P.I.I.-P.S.I. (Plan d'intervention, Plan d'intervention intégré et Plan de service intégré)			463	2021	1360 incluant la révision 681 PI unique par utilisateur unique	762
Années	2011-2012		2012-2013		2013-2014	
Service/tous programmes sociaux				Nombre moyen d'interventions par jour		Nombre moyen d'interventions par jour
Nombre moyen d'interventions par jour			2021 cas actifs	1.7 interv./jr		3

Années	2011-2012		2012-2013		2013-2014	
Service	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.
Services médicaux courants :						
• Clinique jeunesse (Polyvalente et Cégep)	336	562	343	655	416	830
▪ Activité de groupe : Santé scolaire	26	524	18	235	21 gr./37 présences	592
• Service Planning-MTS-SIDA-IVG	128	159	131	169	100	129
▪ Cons. Médicales au CLSC et en points de services	944	2780	243	425	265	503

Années	2011-2012		2012-2013		2013-2014	
Service	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.
Services psychosociaux AEOI CLSC-CH						
• Demandes de services	1812	2219	1616	2159	1436	1985
• Nombre d'interventions/court terme						
Années	2011-2012		2012-2013		2013-2014	
Service	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.
▪ Services psychoéducation JEF	293	925	110	390	27 (prendre note que le retour en fonction en janvier 2014)	98
▪ Services psychosociaux JF (6-18 ans)			237	1363		1122
▪ Services psychosociaux scolaires	310	1282	214	1874		
▪ Services psychosociaux adultes (18 +)					172 299	1472
▪ Psychoéducation (Groupe Anna et la mer)	5	21	5	34	0	0
▪ Groupe Entraîn					2 gr/16 présences	72

Années	2011-2012		2012-2013		2013-2014	
Service	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.
Santé parentale/infantile (0-5 ans) :			382	1263	361	1317
▪ Périnatalité - Soins infirmiers	523	2155				
▪ Péri. - Services psycho	112	702	377	2122	337	1746
▪ Prog. Interv.précoce	99	852	135	1115	176	1064

Années	2011-2012		2012-2013		2013-2014	
Service	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.
Services de santé dentaire	559	853	713	1032	613	783
▪ Activité de groupe Santé dentaire	52	52/611	25	686	51gr/51 présences	759

Années	2011-2012		2012-2013		2013-2014	
Service	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.
Services spécialisés						
▪ Orthophonie (suivi individuel)	114	358	152	1272	149	1550
▪ Activité de groupe Orthophonie	24	135/494	8 groupes	79		
• Ergothérapie (suivi individuel)	147	794	134	679	136	703
▪ Activité de groupe Ergothérapie	19	89/361 présences	4 groupes	23		

Années	2011-2012		2012-2013		2013-2014	
Service	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.
Service Planning-MTS-SIDA-IVG Inf./social	650	1049	651	1028	660	1087
Groupe ITSS-SIDA			5	106 participants	0	0

Années	2011-2012		2012-2013		2013-2014	
Service	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.
Service de vaccination :						
• Vaccination 0-5 ans	635	1303	633	1301	602	1201
• Voyageurs	550	748	456	613	403	594
• Antigrippale	3691	3738	3656	3686	4185	4239
▪ Vaccination rég. milieu scolaire	390	839	423	834	584	952
▪ Adultes, travailleurs, autres	388	553	569	750	469	624

Années	2011-2012		2012-2013		2013-2014	
Service	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.
▪ Service de psychologie adulte			57	339	47 (prendre note que notre ressource est à la préretraite)	421
▪ Programme SEPPSÉ	27	119	18	47	9	35
▪ Programme SIV	54	1032	51	561	56	560
▪ Services groupe SIV	6	36/448	19	428	2gr/ 13 présences	264
▪ Infirmière en santé mentale			47	632	48	610
▪ Services psychosociaux santé mentale			225	1893	202	1623



Volet hébergement

Le Centre d'hébergement est un établissement de 106 lits. De ce nombre, un lit est dédié à de l'hébergement temporaire visant à offrir une période de répit à l'aidant naturel.

Au cours de la dernière année, une nouvelle directrice est entrée en fonction. Elle occupe le poste issu de la fusion des services communautaires et du maintien dans le milieu du CLSC à celui des soins longue durée.

Un projet d'organisation du travail pour les préposés aux bénéficiaires, en collaboration avec le syndicat CSN, a débuté en novembre 2013 et se terminera en novembre 2014. Ce projet vise l'amélioration de la qualité des soins et services à la clientèle pour répondre adéquatement aux exigences du MSSS et de l'Agrément canadien.

Statistiques

Volet hébergement

Statistiques occupationnelles		2012-2013	2013-2014
Nombre de places :	▪ CHSLD	106	106
	▪ Ressources intermédiaires	60	60
Jours-présence :	▪ CHSLD	38 423	37 963
	▪ Ressources intermédiaires	21 495	21 530
	▪ Ressources de type familial	1 866	1 460
Taux d'occupation (%) :	▪ CHSLD	99 %	98 %
	▪ Ressources intermédiaires	98 %	98 %
Autres statistiques		2012-2013 1 ^{er} avril 2012 au 31 mars 2013	2013-2014 1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014
Nombre de repas en alimentation		139 835	138 499

Source : Rapport financier annuel (Formulaire AS-471)

Statistiques

CSSS de Matane (Maintien à domicile)


Années	2012-2013		2013-2014	
Services / programmes	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.
Accueil maintien à domicile	668	1101	715	1059
Demandes de services				
• Soins à domicile (incluant RI)	885	10 201	715	9 677
• Aide à domicile	379	10 193	368	10 846
• Psychosociaux à domicile (incluant RI)	514	4275	530	3 921
• Ergothérapie & physiothérapie à domicile	713	3504	739	3736
• Centre de jour	107	2107	99	1891

Années	2012-2013		2013-2014	
Services / programmes	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.	Nombre d'utilisateurs	Nombre d'interv.
ACTIVITÉS DE GROUPE				
• Ergo - Physio. à domicile	4	4 (104)	0	0
• Centre de jour	9	712 (10 164)	9	775 (11 567)


Dizirection des services professionnels et hospitaliers

La Direction des services professionnels et hospitaliers s'assure de la qualité dans les services professionnels à dispenser autres que les soins infirmiers. De par son rôle-conseil, elle consiste à garantir une surveillance de la qualité de l'acte de ses professionnels et de ses services médicaux, pharmaceutiques et diagnostiques (imagerie médicale, laboratoires et inhalothérapie) couvrant l'ensemble des centres d'activité.

Enfin, cette direction assure la gestion des lits, les transferts et transports inter établissements, le recrutement médical, les corridors de services médicaux, la coordination médicale de la clientèle vulnérable orpheline, tout en étant répondante pour l'établissement dans les dossiers du Curateur public. Elle apporte également du support envers le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, et du Département de médecine qui inclut particulièrement les services d'urgence, d'obstétrique, de tournée hospitalière, de gériatrie et de médecine interne.

 **Un établissement de première ligne: la personne est au centre de nos préoccupations, de nos décisions et de nos actions**

- ✎ Surveillance de la qualité des actes professionnels et des services médicaux.
- ✎ Partenariat avec l'équipe PPALV afin d'améliorer la durée moyenne de séjour (DMS), les 24 heures et les moins de 48 h à l'urgence dans le but d'atteindre les cibles de l'entente de gestion.
- ✎ Accessibilité accrue à la liste de la clientèle orpheline (presque tous les usagers inscrits ont été rejoints et ont été priorisés).
- ✎ Requête d'échographie protocolée par le radiologiste pour la priorisation des demandes (optimisation des listes d'attente).
- ✎ Examens de mammographie faits en soirée afin de diminuer la liste d'attente (selon disponibilité du personnel).
- ✎ Remplacement d'équipements en imagerie et aux laboratoires (diminution des risques pour le personnel et des déchets biologiques).
- ✎ Remplacement de la radioscopie mobile pour la salle d'opération.
- ✎ Visites régulières de pneumologues et cardiologues afin de diminuer les déplacements des usagers.

 **Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation**

- ✎ Développement des compétences afin d'assurer la pérennité des secteurs d'activité spécialisés en imagerie médicale.
- ✎ Rencontres d'équipe.
- ✎ Externat et mentorat pour le Service des laboratoires.
- ✎ Recrutement de personnel et se doter de moyens pour améliorer la rétention.

- ✕ Implication avec la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel (DRHDO) pour la Journée Carrière (recrutement).
- ✕ Accueil des stagiaires de dernière année du Collège Ellis en inhalothérapie – volet salle d'opération.

► Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat

- ✕ Partenariat avec le Groupe de médecine familiale (GMF).
- ✕ Partenariat avec le CSSS du Grand-Portage pour les prêts de concentrateur d'oxygène et de matériels pour clientèle à domicile dépendante à l'oxygène.
- ✕ Partenariat avec la *Coopérative de santé des gens d'ici*.
- ✕ Partenariat avec le *CSSS du Grand-Portage* (Rivière-du-Loup) pour la lecture des mammographies et des tomodensitométries.
- ✕ Entente de service avec le CSSS de La Mitis pour le partage d'une pharmacienne à temps partiel.
- ✕ Maintien des services en oncologie avec le support du CSSS Rimouski-Neigette malgré la fermeture des hottes durant les travaux de rénovation.
- ✕ Ensachage des médicaments de longue durée des CSSS de La Mitis et de la Matapédia par entente de service.
- ✕ Collaboration particulière en installation afin d'assurer la pérennité du service de chirurgie avec quelques chirurgiens du CSSS Rimouski-Neigette (orthopédie, gynécologie, urologie, chirurgie générale, etc.).

► Des équipes qui relèvent des défis

- ✕ Renouvellement de l'accréditation en mammographie 2013-2016.
- ✕ Diminution des listes d'attente en échographie et en radioscopie.
- ✕ Remplacement du tomodensitomètre.
- ✕ Recrutement de personnel qualifié.
- ✕ Amélioration constante des objectifs ministériels de diminuer la durée moyenne de séjour et de diminuer les 24 heures et les 48 heures à l'urgence.
- ✕ Assurer la coordination médicale de la clientèle orpheline et d'améliorer l'accessibilité à un médecin de famille; un service de 1^{re} ligne nécessaire.
- ✕ Recrutement médical demeure la priorité de la direction.
- ✕ Réorganisation du poste en orthopédie suite à la retraite du médecin.
- ✕ Collaboration étroite avec le CMDP et les départements de médecine, de chirurgie et de radiologie.
- ✕ Assurer la coordination administrative des stages en région des étudiants, externes et résidents en médecine.
- ✕ Augmenter la participation des pharmaciens aux différentes équipes interdisciplinaires avec l'arrivée de la 4^e pharmacienne.

- ✕ Implantation de la technologie du code à barres pour la vérification des premières doses afin d'améliorer davantage la sécurité et du processus de distribution de médicaments.
- ✕ Amorcer les préparatifs pour le remplacement du mammographe.
- ✕ Révision de divers processus et mise à niveaux pour plusieurs normes à la pharmacie dans le cadre d'un projet d'organisation du travail.
- ✕ Évaluation de diverses normes touchant à la gestion des médicaments et consolidation des pratiques organisationnelles requises par Agrément Canada.
- ✕ Rénovation complète de la pharmacie et s'assurer de la qualité des services et du respect des normes particulièrement au service d'oncologie.
- ✕ Acquisition en inhalothérapie (nouveaux appareils d'anesthésie, nouveaux respirateurs (V60).
- ✕ Acquisition d'un nouvel appareil en biochimie (COBAS);
- ✕ Préparation soutenue en vue de la visite d'Agrément Canada en septembre 2014.

► **Dizirection des ressources humaines et du développement organisationnel**

► **Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations et au coeur de nos décisions**

- ✎ Effectue une planification de main-d'œuvre pour l'ensemble des titres d'emploi dans l'organisation et ajuste ses efforts de recrutement en conséquence;
- ✎ Réévalue et améliore continuellement ses outils de sélection du personnel afin d'assurer l'embauche d'une main-d'œuvre formée, répondant aux standards de qualité de notre établissement du réseau de la santé et des services sociaux;
- ✎ Développe et implante un programme de santé et sécurité au travail et influence la culture organisationnelle en termes de prévention en santé et sécurité au travail;
- ✎ Élabore et met en place un programme de relève-cadre afin d'assurer une relève interne au niveau de la gestion et encadre le développement professionnel de ces ressources.

► **Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation**

- ✎ Réfléchit, questionne et repositionne son offre de services à l'interne en considérant les besoins organisationnels en termes de gestion des ressources humaines (revoit les rôles des membres de l'équipe, déménagement de certaines activités);
- ✎ Met à la disposition des employés, des syndicats et des gestionnaires, un intervenant en prévention en santé et sécurité au travail qui a pour mandat de faire la promotion de la santé physique et psychologique de l'ensemble du personnel;
- ✎ Élabore un programme d'accès à l'égalité en conformité avec les lois et règlements en vigueur.

► **Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat**

- ✎ Entretient des relations harmonieuses et collabore avec l'ensemble de ses partenaires internes (syndicats, associations de gestionnaires, etc.) et externes (autres établissements) basées sur le respect et la collaboration;
- ✎ Collabore et s'implique dans l'amélioration des communications intra-équipes et entre les différents services de l'établissement;

- ✎ Négocie et conclut des ententes relativement aux stipulations locales de la convention collective avec le syndicat des infirmières, infirmières auxiliaires et inhalothérapeutes;
- ✎ Occupe une place de choix et exerce son leadership dans les différents dossiers régionaux et contribue positivement au positionnement du CSSS de Matane au niveau régional.



Des équipes qui relèvent des défis

- ✎ Promeut une culture de santé et sécurité au travail et prend les moyens pour atteindre ses objectifs en termes de réduction du taux d'absentéisme, du nombre d'accidents de travail et d'acquisition de connaissances en lien avec sa santé au travail;
- ✎ Se positionne favorablement lors d'événements de recrutement locaux, régionaux et provinciaux, dans le but d'être reconnu « Employeur de choix »;
- ✎ Assure une présence régulière et planifiée en CLSC et CHSLD;
- ✎ Encadre de façon systématique l'accueil et l'entrée en fonction de ses nouvelles recrues, par l'instauration de trois demi-journées d'accueil par année, destinées à son nouveau personnel.

Le CSSS de Matane en chiffre :

Effectifs	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Personnes à temps complet	262	265	269
Personnes à temps partiel	208	208	209
Personnes à statut temporaire	134	111	106
Personnel d'encadrement	25	23	23
Total	629	607	607

Tableau des équivalences temps complet (ETC)

Effectifs	2012-2013	2013-2014
Personnel à temps partiel (ETC)	163.03	165.94
Personnel à statut temporaire (ETC) (128 952.88 heures effectuées par cette catégorie de personnel)	*65.82	66.13

Au 31 mars 2014, il n'y avait aucun employé salarié en sécurité d'emploi et aucun gestionnaire en stabilité d'emploi.

Pour la période du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014, la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel et ses collaborateurs ont procédé à l'embauche de 53 nouvelles ressources, incluant 4 réembauches de personnes retraitées.

Portrait général des ressources humaines 2013-2014

Personnel	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Médecins	⁽¹⁾ 33	⁽²⁾ 30	⁽⁴⁾ 31
Personnel infirmier, de soins de santé et d'assistance	321	297	303
Infirmières	145	144	147
Inhalothérapeutes	5	6	6
Infirmières auxiliaires	52	49	50
Préposés aux bénéficiaires (incluant préposés composés)	⁽³⁾ 106	86	90
Auxiliaires de santé et services sociaux	13	12	10
Intervenants psychosociaux	35	35	31
Intervenants d'autres disciplines	74	80	83
Personnel administratif	83	83	83
Personnel de soutien technique	92	89	84
Personnel d'encadrement	25	23	23
Total	663	637	638

(1) inclut 6 médecins spécialistes.

(2) inclut 7 médecins spécialistes.

(3) inclut les embauches d'étudiants dues à la grève dans les établissements collégiaux de la région.


(4) inclut 8 médecins spécialistes.

Services de réadaptation en réseau intégré

Depuis septembre 2012 au CSSS de Matane, les services de réadaptation (autre que jeunesse) sont dispensés en réseau de services intégré, pour optimiser l'accessibilité, la continuité et l'efficience dans la prestation de soins et de services. Ce faisant par :

- Une gestion coordonnée de l'ensemble des ressources humaines rattachées aux services de la réadaptation de l'établissement;
- Une organisation de services dispensée sous l'angle du modèle clinique de hiérarchisation de services : le bon service, au bon moment, au bon endroit, par le bon intervenant;
- Une coordination et gestion des demandes dans une perspective de réseau intégré, de priorité de clientèle et d'une meilleure répartition du travail par un comité d'organisation de services réadaptation (COSR) à l'ensemble de la clientèle à desservir : SAD, santé physique (ambulatoire et hospitalisée), l'hébergement.

N.B La clientèle pédiatrique en physiothérapie est incluse à cette offre de service.

 **Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations et au cœur de nos décisions**

Optimisation des services de réadaptation en réseau intégré

- Nomination d'une assistante-chef physiothérapeute
- Participation au comité d'organisation des services SAD
- Participation au comité ÉMIP
- Consolidation des trajectoires des demandes de services pour les clientèles SAD/RI/UTRF
- Participation à l'élaboration du formulaire de demande des services
- Suivi hebdomadaire des clientèles desservies par la réadaptation
- Priorisation des clientèles SAD en réadaptation, des clientèles hospitalisées et ambulatoires selon des critères cliniques
- Participation aux rencontres de l'équipe UTRF pour assurer le suivi et la présentation des nouvelles admissions
- Depuis octobre 2013, les physiothérapeutes travaillent les fins de semaine sur une base volontaire selon le calendrier opératoire établi des PTG-PTH avec l'implication d'un préposé

- Travaux en cours pour l'organisation de services les fins de semaine pour les clientèles hospitalisées PTG-PTH selon les ressources disponibles et dans le respect des conventions collectives.

► Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- Réunions d'équipe aux 8 semaines
- Rencontres individuelles
- Rencontres par secteurs d'activités
- Supervision clinique hebdomadaire auprès des professionnels du service de la réadaptation
- Une gestion clinico-administrative
- Promotion de la compétence par des activités de transfert des connaissances entre pairs
- Démarches de recrutement d'un physiothérapeute
- Accueil d'une stagiaire 4^e année en physiothérapie de l'Université Laval pendant 5 semaines
- Accueil d'une stagiaire 3^e année TRP du Cégep François-Xavier Garneau pendant 8 semaines
- Accueil d'une stagiaire 3^e année TRP du Centre Matapédien d'études collégiales pendant 8 semaines

► Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat

- Implication dans les travaux du comité d'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier
- Participation au projet régional du programme PAD révisé
- Partenariat au programme PAD, comité d'aide à l'hygiène, programme FAPH
- Participation aux équipes interdisciplinaires CHSLD
- Participation aux équipes RI et UTRF
- Partenariat avec la liaison SAD
- Partenariat avec l'équipe de la clinique neurodéveloppementale
- Participation au comité de prévention des chutes
- Participation au comité de soins de plaies

- Participation au comité de traumatologie
- Participation au comité AVC
- Participation à l'équipe qualité médecine-chirurgie Agrément 2014



Une équipe qui relève des défis

Le principal enjeu en regard de la centralisation de ces services en réseau intégré demeure, jusqu'à maintenant, l'amélioration de l'accessibilité des services par une coordination clinico-administrative permettant une vue d'ensemble de toute la clientèle référée et selon une priorisation clinique tenant compte de l'ensemble des secteurs d'activités.

Le défi est de taille puisque nous vivons une période marquée par une évolution constante du vieillissement de la population et que nous subissons aussi une pénurie de professionnels en réadaptation ne pouvant combler nos postes vacants.

► Voici les résultats significatifs selon les données statistiques 2013-2014

Physiothérapie Hôpital-CHSLD	2013-2014	2012-2013	2011-2012
Nb de jours-traitements	8 088	7 570	9 069
Nb de références reçues	1 005	1 008	1 112
Nb d'usagers traités	950	1 147	1 126

2013-2014 : Explications concernant la diminution du nombre d'usagers traités?

- Retrait de la clientèle SAD post-hospitalisation transférée dans ICLSC
- Nous avons effectué les évaluations de la liste d'attente physiothérapie SAD 2012-2013
- Clientèle UTRF transférée en 2013 au SAD dans ICLSC

Ergothérapie Hôpital-CHSLD	2013-2014	2012-2013	2011-2012
Nb de jours-traitements	1 339	1 230	1 010
Nb de références reçues	403	300	315
Nb d'usagers traités	421	369	309

Source : SiRéapt

Physiothérapie CLSC	2013-2014	2012-2013	2011-2012
Nb d'usagers	148	118	84
Nb d'int. et activités	1 620	720	911
Physiothérapie RI			
Nb d'usagers	72	23	9
Nb d'int. et activités	367	113	27
Ergothérapie CLSC			
Nb d'usagers	450	490	551
Nb d'int. et activités	1 801	1 805	2 225
Ergothérapie RI			
Nb d'usagers	71	48	7
Nb d'int. et activités	354	218	8
Ergothérapie PAD/SHQ			
Nb d'usagers	20	50	
Nb d'int. et activités	191	403	

Source : ICLSC

Chapitre 3

Pages financières

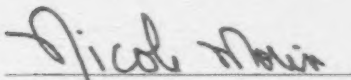
Les états financiers du CSSS de Matane ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

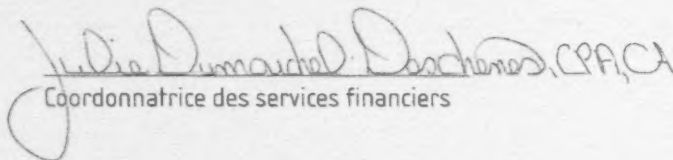
Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CSSS de Matane reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thornton dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.


Directrice générale


Cordonnatrice des services financiers

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Matane

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats, des surplus accumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et services sociaux de Matane pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion sans réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2014.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Matane.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Matane pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Notre opinion sans réserve indique que les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux de Matane au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Référentiel comptable et restriction à l'utilisation

Notre rapport d'audit sur les états financiers audités, daté du 13 juin 2014, contenait un paragraphe dans lequel nous attirions l'attention sur la note des états financiers décrivant le référentiel comptable appliqué. Les états financiers audités ont été préparés dans le but d'aider le Centre de santé et de services sociaux de Matane à répondre aux exigences en matière d'information financière du MSSS. En conséquence, il est possible que ces états financiers ne puissent se prêter à un usage autre. Étant donné que les états financiers résumés sont tirés des états financiers audités, il est également possible qu'ils ne puissent se prêter à un usage autre. Notre rapport est destiné uniquement au Centre de santé et de services sociaux de Matane et au MSSS et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.

Matane

Le 13 juin 2014

CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A110699

EXTRAIT DES ÉTATS FINANCIERS

Les renseignements suivants sont extraits du rapport financier AS-471 dont une copie est accessible sur notre site internet.

Voir annexe 1

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonne 5, 6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
		s/o				
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>						
Les minutes de dictées (ca 7536): compilation inadéquate	2011-2012	R	Il s'agit d'une erreur d'interprétation. Les minutes sont adéquatement compilées.	X		
L'usager (ca 6710): compilation inadéquate	2011-2012	R	Nous avons demandé au service concerné d'apporter les correctifs nécessaires.			X
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres</i>						
		S/O				
<i>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</i>						
Comptabilisation de l'amortissement	2011-2012	C	La méthode de calcul de l'amortissement est corrigée. Cependant, nous n'avons pas redressé les années antérieures, ce qui fait que les soldes d'ouverture des comptes sont en écart, écart n'ayant pas d'influence sur nos résultats.		X	
Fonctions incompatibles	2011-2012	C	Des contrôles compensatoires ont été mis en place afin de pallier à certaines lacunes.		X	
Politique d'achat et de gestion	2011-2012	C	La politique a été corrigée en			X

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

CSSS de Matane

CODE

1104-4062

PAGE / TOTAL

145-03 /

exercice terminé le 31 mars 2014 - AUDITÉ

contractuelle manquant de précision			2013-2014. Nous avons entrepris une révision générale de la politique de concert avec le CSSS de Rimouski-Neigette et le cabinet d'avocats Morency et ass. afin de nous assurer qu'elle est toujours à jour par rapport à la Loi sur les contrats des organismes publics. Il reste à obtenir l'approbation du conseil d'administration.			
Politique de capitalisation des immobilisations non respectée.	2011-2012	C	Un souci particulier a été apporté à cet élément. Tout est adéquat maintenant.	X		
Registre permanent des immobilisations non implanté.	2011-2012	C	Aucune			X
Vérification et approbation des rapports périodiques de compilation statistique.	2011-2012	C	Le contrôle a été mis en place cette année aux finances. Il reste à mettre en place le contrôle au niveau des unités.		X	
Fonction de surveillance des plaintes des parties prenantes concernant la comptabilité et la présentation financière.	2011-2012	C	Le commissaire aux plaintes peut pallier à cette lacune.		X	
Absence de politique pour les écritures de journal.	2011-2012	C	Aucune			X
Absence de procédures pour la vérification des journaux d'incidents en sécurité des actifs informationnels.	2011-2012	C	Aucune			X
Rapport à la gouvernance						
		S/O				

Chapitre 4



Conseil d'administration et ses comités

Il nous fait plaisir de vous présenter les administrateurs qui siègent au sein des différents collèges électoraux, depuis les élections de l'automne 2011. Le nouveau conseil d'administration a amorcé son mandat le 1^{er} février 2012, et ce, pour une durée de quatre ans.

Collèges électoraux et de désignation

Population :	Michel CÔTÉ Ginette DORÉ
Comité des usagers :	Louiselle RICHARD Micheline VERREAULT
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) :	Renée GAGNON
Conseil des infirmières et infirmiers (CII) :	Marie-Claude VERREAULT
Conseil multidisciplinaire (CM) :	Johanne CASTONGUAY
Personnel non clinique :	Johanne OUELLET
Fondation :	Jean-Charles CARON
Agence de la santé et des services Sociaux du Bas-Saint-Laurent :	Lucie LAPOINTE Line ROSS
Cooptation :	Olivier BANVILLE Jean-François CARON Chantal LEBLANC Jean NAZAIR Louis PELLETIER Cindy POITRAS (poste vacant)
Directrice générale et secrétaire :	Nicole MORIN

Le comité de gouvernance et d'éthique

Président :	Olivier BANVILLE, président
Substitut :	Michel CÔTÉ
Membres :	Louis PELLETIER Lucie LAPOINTE Nicole MORIN

Le comité de vigilance et de la qualité

Président :	Jean NAZAIR
Membres :	Jacques DESCHÊNES, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services Louis PELLETIER Nicole MORIN, directrice générale Ginette DORÉ Micheline VERREAU

Le comité de vérification

Président :	Jean-Charles CARON
Membres :	Jean-François CARON Michel CÔTÉ Louis PELLETIER

Le comité administratif

Président :	Louis PELLETIER
Membres :	Chantal LEBLANC Line ROSS Nicole MORIN

Le comité de révision des plaintes

Président :	Chantal LEBLANC, vice-présidente
Membres :	Marie-Ève BERGERON, M. D. Renée GAGNON, M. D.

Le comité d'évaluation du directeur général

Président :	Louis PELLETIER
Administrateur :	Line ROSS
Administrateur :	Jean-Charles CARON

Le comité d'évaluation du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Président :	Louis PELLETIER
Administrateur :	Jean-Charles CARON
Administrateur :	Jean NAZAIR

Les gestionnaires du Centre de santé et de services sociaux de Matane

Directrice générale	Nicole MORIN
Directeur des ressources financières techniques et informationnelles	Pierre DUCASSE
Directeur des ressources humaines et du développement organisationnel	Luc GUILBEAULT
Directrice des services professionnels et hospitaliers	Annie LAVOIE, M. D.
Directrice des programmes et des services aux personnes en perte d'autonomie et à la communauté	Suzanne BÉRUBÉ
Directrice des soins infirmiers	Danielle SAVARD
Directrice de la santé physique	Esther OTIS
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	Jacques DESCHÊNES

COORDONNATEURS ADMINISTRATIFS

Conseiller en gestion des ressources humaines	Wayne GRANT
Conseiller en santé et sécurité au travail	Yannick Raymond
Coordonnatrice des services financiers	Julie DUMOUCHEL-DESCHÊNES
Coordonnateur des services techniques	François DUBÉ
Coordonnateur des services alimentaires, nutrition clinique et hygiène et salubrité	Christian OUELLET
Coordonnatrice des services aux clientèles hospitalisées	Jocelyne RIOUX
Coordonnatrice des services ambulatoires	Louise GAGNÉ
Coordonnateur du maintien dans le milieu	Réald LANGLAIS
Coordonnatrice des services d'hébergement	Poste vacant
Responsable de la qualité et coordonnatrice des services de réadaptation	Lise ROSS
Coordonnateur des services diagnostiques et adjoint à la DSPH	Poste vacant
Coordonnatrice des services de réception, archives médicales, données cliniques	Isabelle OUELLET
Adjointe à la direction des programmes et des services aux personnes en perte d'autonomie et à la communauté	Julie SUTTON
Conseillère clinique des services psychosociaux	Thérèse GAGNÉ
Responsable aux communications (contractuel)	Robert PELLETIER

Chapitre 5



Rapport des conseils et des comités



Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers – CECII

1. Composition

Les membres du CECII se sont réunis une fois pour une rencontre extraordinaire, le 29 avril 2013 et à 5 reprises pour des rencontres ordinaires qui se sont tenues les 27 mai 2013, 17 septembre 2013, 6 novembre 2013, 22 janvier 2014 et 20 mars 2014.

À la suite des élections du printemps 2013, trois personnes sont déclarées élues :

Madame France Legendre (CLSC)
Madame Kathy-Alexandre Chenel (hôpital)
Madame Édith Roy (hôpital)

Donc, à compter d'avril 2013, les membres du CECII sont :

Madame Katia Tremblay, présidente (CHSLD)
Madame Marie-Claude Verreault, vice-présidente (en remplacement de Josée Dubé jusqu'au printemps 2014) (hôpital)
Madame Julie-Anne Desjardins, conseillère (hôpital)
Madame France Legendre, déléguée aux communications (CLSC)
Madame Édith Roy, conseillère (hôpital)
Madame Kathy-Alexandre Chenel, secrétaire (hôpital)

À la fin septembre 2013, nous recevons la démission de Madame Julie-Anne Desjardins et Madame Marie-Noël Fortin accepte de poursuivre ce mandat jusqu'au printemps 2014.

La directrice des soins infirmiers, Madame Danielle Savard, et la directrice générale, Madame Nicole Morin, sont également présentes à nos réunions et nourrissent nos points de discussion.

2. Mandat

Le mandat du CECIL est d'apprécier de manière générale la qualité des actes infirmiers dans le CSSS de Matane en formulant des recommandations au conseil d'administration (CA) concernant la qualité et la sécurité des soins, les règles de soins infirmiers et les ordonnances collectives, l'évaluation et le maintien de la compétence infirmière et tout autre dossier confié par la directrice générale, le conseil d'administration et/ou la directrice des soins infirmiers.

Cette année, dans le plan d'action 2013-2014, nous retrouvons trois (3) principaux objectifs. Les voici :

1. Réviser et prioriser le rapport de l'inspection professionnelle de l'OIIQ 2010;
2. Augmenter la visibilité du CECIL au CSSS de Matane;
3. Identifier des stratégies d'action pour diminuer les erreurs de médicaments.

3. Bilan des activités

- 3.1 En avril 2013, une formation sur les soins de plaie a été dispensée à l'équipe de soins de plaies par Messieurs Claude Dufresne et Frédéric Paquet suite à leur participation à un colloque.
- 3.2 Une autre formation portant sur les troubles de comportements a été donnée par l'Agence de la santé auprès du personnel du CSSS (10-11 avril 2013).
- 3.3 Audits sur les chutes : Des audits ont été faits en mai 2013. À l'automne, un Flash Qualité a été élaboré et distribué sur les unités afin de sensibiliser les infirmières sur l'importance du rôle d'évaluation et leur rappeler les indicateurs exigés par l'OIIQ qui doivent être évalués et consignés au dossier.
- 3.4 Assemblée générale annuelle - le 16 mai 2013 : Suivi du souper de l'infirmière au Restaurant Belle-Plage sous le thème : *L'expertise infirmière : Une solution pour des soins plus accessibles*. Conférencière invitée : Madame Line Bolduc.
- 3.5 Midi-conférence portant sur la PTH (juin 2013), impliquant plusieurs acteurs de divers titres d'emploi. Activité très appréciée ! 80 personnes y ont participé.
- 3.6 L'élaboration d'un plan de formation dès leur entrée en fonction pour les ASI qui obtiennent un poste et lors d'un retour de maternité et maladie a été demandée aux gestionnaires.

- 3.7 Un cadre de référence sur le soutien à l'intégration des compétences et à l'actualisation de la pratique professionnelle auprès de la clientèle adulte-ainée a été présenté aux membres. À la table des DSI, en collaboration avec l'ASSS, il a été ciblé de rehausser les compétences des infirmières en CHSLD et SAD. Une formation de trois (3) jours a été donnée par Monsieur Philippe Voyer portant sur *l'examen clinique sommaire de l'ainé* et cinq (5) de nos infirmières (mentors) y ont assisté soit Nathalie Bérubé, Andrée Truchon, Kathy-Alexandre Chenel, Solange Caron et Katia Tremblay. Elles ont redonné cette formation aux infirmières du CHSLD et du SAD en décembre 2013 et janvier 2014.
- 3.8 Gestion des risques : Présentation du rapport annuel sur les incidents/accidents. Les deux types d'événements les plus fréquemment rencontrés au CSSS de Matane sont les chutes et les erreurs de médicaments. Des travaux sont en cours.
- 3.9 Rencontre CII – CIR au CSSS de La Mitis le 18 octobre 2013. Mesdames Danielle Savard, Kathy-Alexandre Chenel, Marie-Claude Verreault et Édith Roy y étaient présentes. La conférence de M^r Jean-Pierre Ménard, avocat, portant sur *Les risques professionnels de la pratique infirmière et les aspects légaux* a mis en valeur l'importance du PTI et des notes d'observation.
- 3.10 Le Congrès OIIQ s'est tenu les 26-27 et 28 octobre 2013 à Québec et Marie-Claude Verreault a été nommée déléguée par l'Ordre régional pour y assister.
- 3.11 Démarche d'agrément : La présence d'un membre du CECII est sollicitée au comité de coordination et Marie-Claude Verreault est nommée.
- 3.12 Révision et adoption de la règle de soins : Gestion de la douleur des opiacés.
- 3.13 Audits de plaies : Ils ont été faits en décembre 2013. Un Flash Qualité sortira sous peu. Nous devons poursuivre notre démarche d'amélioration continue puisque plusieurs indicateurs sont manquants dans les évaluations de plaies.
- 3.14 Projet de réorganisation au 4^e étage de l'hôpital : Au cours du cheminement, un suivi nous a été transmis périodiquement pour en connaître les impacts positifs et négatifs.
- 3.15 Un article intitulé Le CII à votre merci devrait paraître sous peu dans la Passerelle afin de faire connaître davantage cette instance consultative et d'augmenter la visibilité du CECII, et ce, en collaboration avec le CIIA.
- 3.16 Les ordonnances collectives seront amenées aux membres du CECII pour être commentées et corrigées avant d'être présentées au CMDP.
Ordonnances collectives présentées au CECII :
 - Initier l'administration de l'Ibuprofène;

- Initier une radiographie de la cheville ou du pied au triage;
- Initier des mesures diagnostiques chez un usager présentant une douleur abdominale;
- Initier une radiographie du coude, de l'avant-bras, du poignet/main/doigts;
- Initier une radiographie du genou au triage;
- Administration de Benadryl à l'urgence au triage;
- Initier un test de grossesse (B-HCG) urinaire au triage;
- Initier une analyse d'urine au triage;
- Initier un électrocardiogramme;
- Initier l'administration de la Tétracaïne dans l'œil;
- Initier le dépistage du virus de l'Influenza.

3.17 Un comité de la relève infirmière pourrait voir le jour. Un formulaire d'inscription est en circulation afin de connaître l'intérêt des jeunes infirmières de s'impliquer dans leur pratique professionnelle.

3.18 Lettre de recommandation écrite à la DRH en novembre 2013 portant sur la planification des horaires du personnel infirmier pour une meilleure continuité des soins. Une problématique est soulevée de la part de la partie syndicale et on ne doit pas déroger de la convention collective...

3.19 Contentions physiques et isolement : Une révision des formulaires est en cours pour simplifier la démarche.

3.20 PTI : Une mise à jour est planifiée pour l'automne 2014.

3.21 Deux comités relèvent du CECII :

- Comité d'appréciation de la qualité des actes infirmiers;
- Comité de maintien et de promotion de la compétence.

Les comités suivants ne relèvent pas du CECII, mais des infirmières siègent au sein de chacun :

- Comité de pharmacologie;
- Comité de gestion des risques;
- Comité de soins palliatifs;
- Comité de soins de plaies;
- Comité de prévention des chutes et contentions;
- Comité de prévention et contrôle des infections;
- Conseil d'administration : une infirmière représentante du Collège de désignation- CII.

4. Perspectives d'action pour l'année 2014-2015

- Poursuivre les dossiers prioritaires en lien au rapport d'inspection de l'OIIQ : plaies - contentions - PTI - erreurs de médicaments, chutes.
- Assurer un suivi suite au dépôt du rapport de l'agrément.
- Favoriser l'implantation d'un comité Jeunesse au sein du CSSS.

Merci à chacune des membres pour votre implication au sein du CECII!

La présidente, Katia Tremblay



Comité exécutif du comité des infirmiers et infirmières auxiliaires CECIIA

Exécutif en place : Marthe Fournier, présidente (CHSLD), Nathalie Jomphe, vice-présidente (hôpital), Marie-Josée Simard, secrétaire (CHSLD), membre déléguée Isabelle Boucher (CHSLD).

Lors de l'élection en octobre 2013, Nathalie Jomphe (CH) a été réélue, et Isabelle Boucher (CHSLD) a été élue.

Les membres du CECIIA se sont rencontrés en réunion régulière, le 12 juin 2013, le 6 novembre 2013 et le 22 janvier 2014 en présence de la directrice des soins infirmiers, Danielle Savard.

Une réunion extraordinaire a eu lieu le 27 mai 2013 pour planifier la visite de l'inspection professionnelle du 4 au 6 juin 2013.

Le mandat du comité exécutif (CECIIA) est d'apprécier la qualité des soins infirmiers posés par les personnes qui exercent des activités d'infirmier(ère) auxiliaire, de donner son avis sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de l'ensemble des personnes qui exercent cette profession dans l'établissement. Également, de faire des recommandations au comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers sur la distribution appropriée des soins dispensés.

Bilan d'activités

- ❖ Visite de l'inspection professionnelle les 4-5 et 6 juin 2013. Les résultats sont très positifs : seulement un point à améliorer soit la compétence professionnelle où l'infirmière auxiliaire doit être capable d'informer, promouvoir la santé et prévenir la maladie en respectant la conduite à tenir pour ne pas remettre le capuchon sur l'aiguille du stylo injecteur d'insuline.
- ❖ Élaboration et actualisation d'un plan d'action suite au Rapport de la visite de l'inspection professionnelle OIIAQ en août 2013.
- ❖ Poursuite des activités pour augmenter la visibilité du CECIIA telles que les dépôts des documents sur Intranet, distribution d'un dépliant aux infirmières auxiliaires sur les unités de soins et à chaque embauche et parution d'un article dans la Passerelle.
- ❖ Intégration des infirmières auxiliaires en plus grand nombre dans les équipes de soins tels que le projet du 4^e étage où il y a création de deux (2) nouveaux postes ainsi qu'un poste d'infirmière auxiliaire qui est en projet au soutien à domicile en CLSC.
- ❖ Participation de la présidente du CECIIA à la Commission infirmière régionale à ASSS.

- ❖ Participation d'une infirmière auxiliaire au comité de maintien et promotion de la compétence.
- ❖ Présence de deux (2) membres du CECIIA aux réunions du CECIL.
- ❖ Augmentation de la présence des infirmières auxiliaires à l'AGA du CIIA. Merci aux participants.
- ❖ Sensibilisation des infirmières auxiliaires à terminer la formation sur la *thérapie intraveineuse*.

Perspectives d'action pour l'année 2014-2015

- ❖ Sensibilisation sur l'importance des infirmières auxiliaires dans différents milieux de soins (urgence, chirurgie, CLSC, clinique externe).
- ❖ Augmenter la sensibilisation sur la prévention des infections.
- ❖ Révision des activités professionnelles autorisées aux infirmières auxiliaires telles que les ordonnances médicales téléphoniques et verbales.
- ❖ Élaboration d'un plan d'action.
- ❖ Visibilité sur Intranet.
- ❖ Formation continue.

De plus, nous demeurons ouverts à d'éventuels projets ou dossiers à traiter pour l'année 2014-2015.

En conclusion, l'année 2013-2014 aura permis de faire avancer certains dossiers que le CECIIA avait à cœur. Ce fut un plaisir pour nous d'être impliquées dans des décisions de l'établissement par le CECIIA.

Avec la collaboration des membres du CECIIA :
Marthe Fournier, présidente
Nathalie Jomphe, vice-présidente
Marie-Josée Simard, secrétaire
Isabelle Boucher, membre déléguée

Comité de prévention et contrôle des infections - PCI

Les membres du comité de prévention et contrôle des infections sont :

- ☐ Dr Pascale Fournier, médecin responsable en prévention et contrôle des infections
- ☐ Dr Francine Tourangeau, médecin microbiologiste
- ☐ Solange Caron, infirmière CLSC
- ☐ Michel Carignan, coordonnateur administratif des services diagnostiques
- ☐ Louise Gagné, coordonnateur administratif urgence et bloc opératoire
- ☐ Annick Gagné, infirmière ASI CHSLD (avril à juin 2013)
- ☐ Angie Raymond, infirmière CHSLD par intérim
- ☐ Nicole Morin, directrice générale
- ☐ Valérie Bernier, infirmière hôpital
- ☐ Marie-Ève Martin St-Pierre, infirmière conseillère en prévention et contrôle des infections
- ☐ Yannick Raymond, responsable du Service de santé et sécurité au travail (avril à décembre 2013)
- ☐ Grégoire Silvy, préventionniste du Service de santé et sécurité au travail
- ☐ Lise Ross, responsable de la gestion des risques
- ☐ Christian Ouellet, responsable de l'hygiène et salubrité
- ☐ Jacky Tremblay, pharmacien

Il est à noter que la directrice des soins infirmiers, M^{me} Danielle Savard, assiste à titre d'invitée aux rencontres du comité de PCI.

Mandat :

Le mandat général du comité de PCI est de déterminer les objectifs du programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales et de déterminer les priorités d'action.

De façon plus spécifique, le mandat du comité est :

- ❖ d'élaborer et de mettre à jour le programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales;
- ❖ de réviser annuellement les objectifs et les priorités en matière d'infections nosocomiales, de les présenter au directeur général puis après consultation des instances, au conseil d'administration pour adoption;
- ❖ d'agir sur les facteurs de risques associés aux infections nosocomiales;
- ❖ de recommander les politiques et procédures en matière d'infections nosocomiales et de protection du personnel;

- ❖ de prendre connaissance et de diffuser un état de situation des principales infections nosocomiales dans l'établissement;
- ❖ de maintenir une vigie à l'égard des infections émergentes dans la communauté.

Faits saillants :

- ❖ Cinq rencontres du comité de prévention et contrôle des infections ont eu lieu (avril, juin, octobre et décembre 2013, février 2014) avec un taux de participation des membres de 70 %.
- ❖ Le plan d'action relié à la structure et aux activités pour 2013-2014 a été complété et adopté par le comité de PCI. Le plan d'action touche les 5 volets suivants :
 - Surveillance des infections nosocomiales et vigie à l'égard des problèmes émergents;
 - Politiques, procédures et mesures de soutien en PCI;
 - Formation et éducation;
 - Communication et information;
 - Gestion des éclosions.
- ❖ Les objectifs et les activités reliés au plan d'action 2013-2014 du comité de PCI ont été évalués et les résultats obtenus sont connus et disponibles.
- ❖ Élaboration de plusieurs politiques et procédures :
 - *Mesures de prévention, surveillance et contrôle de gastro-entérite d'allure virale;*
 - *Mesures de prévention, surveillance et contrôle du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline;*
 - *Nettoyage et désinfection de la baignoire avec hydromassage au 5^e étage;*
 - *Nettoyage et désinfection de la baignoire Primo au CHSLD;*
 - *Nettoyage et désinfection de la chaise douche ou civière douche au CHSLD;*
 - *Nettoyage et désinfection des coussins Roho;*
 - *L'approche adaptée aux personnes âgées et précautions additionnelles;*
 - *Nettoyage et désinfection des brosses pour le soin des ongles utilisées lors du bain au CHSLD entre chaque résident.*
- ❖ Inscription de l'infirmière conseillère en PCI au microprogramme 2^e cycle en prévention et contrôle des infections.
- ❖ Révision du guide de prévention et contrôle des infections «Pratiques de base et précautions additionnelles» et des affichettes de précautions additionnelles.

- ❖ Dans un contexte de recrudescence de cas de gale à Matane (incluant les 3 installations du CSSS de Matane, des résidences privées et la communauté), plusieurs interventions ont été nécessaires et *priorisées* dans ce dossier. Une rencontre a notamment eu lieu au CLSC avec la présence de D^r Fournier pour donner des recommandations concernant la gestion de cette situation.
- ❖ Participation à des activités en vue du déploiement d'un logiciel pour la surveillance des infections nosocomiales, Nosokos, dont un soutien financier sera assuré par l'ASSS.
- ❖ Participation à un kiosque sur les saines habitudes de vie du Comité de Santé publique.
- ❖ Participation active au comité de révision du protocole de post-exposition aux liquides biologiques.
- ❖ Participation à une formation d'une demi-journée donnée en collaboration avec l'ASSS et le CLSC sur la prévention et le contrôle des infections dans les résidences privées pour aînés auprès des intervenants des ressources privées et intermédiaires de la région de Matane.
- ❖ Rencontres effectuées par l'infirmière conseillère en PCI auprès du personnel de la santé œuvrant auprès des usagers/résidents afin de leur rappeler les pratiques de base et précautions additionnelles à appliquer en tout temps : imagerie médicale, laboratoire, cuisine, physiothérapie, infirmiers(ères), infirmiers(ères) auxiliaire(s), préposés(es) aux bénéficiaires, hygiène et salubrité, médecins.
- ❖ Participation active au comité de résolution des zones grises :
 - Inventaire des équipements et surfaces complété;
 - Identification des zones grises complétée;
 - Politique « Nettoyage et désinfection de l'environnement, du matériel, du mobilier et de l'équipement » en voie d'adoption;
 - Attribution et clarification des responsables de l'intégrité sanitaire complétées;
 - Attribution et clarification de l'exécution des tâches d'entretien complétées;
 - Registre de suivi et de traçabilité des zones grises en développement;
 - Développement de procédures de désinfection des zones grises complété à 95 %;
 - Intégration des zones grises dans les circuits de travail (de 20 à 30 %);
 - Mise à jour des connaissances des employés amorcée (formation de formateurs).
- ❖ La surveillance des infections nosocomiales est une activité qui fait partie du quotidien. Voici donc quelques données qui permettent un bilan comparatif des principales surveillances avec l'année antérieure. Les données démontrent qu'on maintient des taux d'infections nosocomiales inférieurs aux seuils établis tant pour la surveillance provinciale que locale.

Quatre éclosions sont survenues et ont été traitées en priorité sur les nombreuses activités de prévention et contrôle des infections pour 2013-2014 :

- ERV 4^e étage de l'hôpital (15 juillet au 19 août 2013);
- Clostridium difficile (C.difficile) 4^e étage de l'hôpital (1^{er} juillet au 16 octobre 2013);
- ERV 4^e étage de l'hôpital (14 novembre 2013 au 22 janvier 2014);
- Grippe saisonnière 2^e étage du CHSLD (23 février au 25 mars 2014).

Surveillance des infections nosocomiales comparatives

Infections	2013-2014 Nombre de cas	Nombre de cas d'origine nosocomiale	2012-2013 Nombre de cas	Nombre de cas d'origine nosocomiale
Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)	14	4	17	4
Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)	8 cas au total Éclosion hôpital 4 ^e étage 15 juil. au 19 août 2013 14 nov. 2013 au 22 janv. 2014	7 cas nosocomiaux	1	0
Clostridium difficile (C.difficile)	17 cas au total Éclosion hôpital 1 ^{er} juillet au 16 octobre 2013	5 cas nosocomiaux	16	3
Bactériémies à Staphylococcus Aureus	0	0	5	0
Bactériémies	40	0	49	1
Grippe saisonnière (influenza) (éclosions)	214 cas au total 9 cas hospitalisés Éclosion CHSLD 2 ^e étage : 23 février au 25 mars 2014	1 cas noso. hôpital 6 (CHSLD) 4 sag résidents 2 cas d'influenza positifs résidents 0 employé	117 Éclosion CHSLD 1 ^{er} étage : 20 déc. 2012 au 28 janvier 2013 2 ^e étage : 21 déc. 2012 au 9 janv. 2013 2 ^e étage : 23 janv. 2013 au 19 fév. 2013	0 (hôpital) 30 (CHSLD) 16 SAG résidents 3 SAG employés 5 SAG résidents 0 employé 5 SAG résidents 0 employé 1 cas noso RC
SAG Syndrome d'allure grippale(Éclosion)	0	0	-	-

Gastro-entérite (éclosions)	0	0	Éclosion hôpital 4 ^e étage : 15- 28 fév. 2013	27 (hôpital) 10 usagers 17 employés
			Éclosion CHSLD 1 ^{re} +2 ^e étage : 17 avril-7 mai 2012 IPF +RC : 14 -28 mai 2012 2 ^e étage : 19 -28 fév. 2013	90 (CHSLD) 29 résidents 24 employés 15 résidents 4 employés 10 résidents 8 employés

► Conseil multidisciplinaire – CM

1. Composition du conseil :

Le conseil multidisciplinaire du CSSS de Matane se compose de :

- 130 membres;
- 23 catégories de profession représentant un total de 11 ordres professionnels différents et 3 associations professionnelles;
- 4 catégories de profession unique.

2. Composition du comité exécutif :

✕ M ^{me} Dany Caron, physiothérapeute, assistante-chef physiothérapeute,	Présidente
✕ M ^{me} Geneviève Proulx, technologue en imagerie médicale et assistante-chef en imagerie médicale,	Vice-présidente
✕ M ^{me} Sonia Harrisson, travailleuse sociale,	Secrétaire
✕ M ^{me} Lucie Martel, travailleuse sociale, coordonnatrice clinique,	Administratrice
✕ M ^{me} Silvi Bélanger, technicienne en diététique, assistante-chef au service alimentaire,	Administratrice
✕ M ^{me} Lise Ross, responsable de la qualité et coordonnatrice des Services de réadaptation,	Personne désignée
✕ M ^{me} Nicole Morin, directrice générale	

Il est à noter que M^{me} Julie Sutton, travailleuse sociale et adjointe à la direction des programmes et des services sociaux aux personnes en perte d'autonomie et à la communauté, a quitté l'exécutif en septembre 2013 après y avoir siégé pendant plusieurs années et démission en août 2013 de M^{me} Josée Ménard, archiviste, après un mandat de deux ans. M. Michel Carignan, coordonnateur administratif des services diagnostiques et adjoint à la DSP a démissionné en janvier 2014 et M^{me} Silvi Bélanger s'est jointe à notre équipe en février 2014.

3. Mandat général :

Mandat du conseil multidisciplinaire envers le C. A. et la directrice générale : Faire des avis et recommandations portant sur l'appréciation et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle multidisciplinaire, sur la distribution appropriée des soins et des services, sur l'organisation scientifique et technique et sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des membres (*art. 226 à 230 LSSS*).

4. Mandats ou objectifs spécifiques :

- ✕ Poursuivre la consolidation et la promotion du Conseil multidisciplinaire tel que prévu par la LSSSS du Québec;
- ✕ Soutenir la représentativité professionnelle multidisciplinaire
- ✕ Poursuivre notre implication dans le projet des midi-conférences dans le but de s'investir davantage dans la pratique collaborative interprofessionnelle;
- ✕ Révision des règlements sur la régie interne du CM;
- ✕ Recrutement d'un représentant CM au CA du CSSS de Matane;
- ✕ Présenter les rôles, les mandats et les attentes du CM aux gestionnaires;
- ✕ Concevoir la mise en page officielle du dépliant CM;
- ✕ Élaborer une recommandation visant une mise à jour annuelle des permis de pratique des professionnels;
- ✕ Poursuivre les travaux du Comité maintien et promotion de la compétence (CMPC);
- ✕ Participer au colloque provincial des conseils multidisciplinaires du Québec à Lévis en novembre 2013;
- ✕ Participer au processus d'Agrément 2014;
- ✕ Créer une boîte courriel CM.

5. Bilan des activités :

- 5.1 Nombre de réunions du comité exécutif : 4 rencontres avec un taux de participation de 6 officiers;

5.2 Nombre des réunions des comités suivants :

- 5.2.1 Comité de travail du CECM : 4 rencontres avec 4 représentantes;
- 5.2.2 Comité de maintien et promotion de la compétence (CMPC) : 2 rencontres;
- 5.2.3 Comité de gestion des risques : 4 rencontres avec 1 représentante;
- 5.2.4 Comité de prévention et contrôle des infections : poste vacant;
- 5.2.5 Comité projet midi-conférences : 3 rencontres avec 2 représentants.

5.3 Assemblée générale tenue le 18 septembre 2013;

5.4 Proposition d'amendements des règlements 3.3.1 et 4.1 sur la régie interne du CM

Extrait du procès-verbal de l'Assemblée générale annuelle du Conseil multidisciplinaire du 18 septembre 2013;

1. Proposition d'amendement de l'article 3.3.1, règlement 3.3 Assemblée générale annuelle :

3.3.1 : Le conseil doit tenir annuellement une assemblée générale

Proposition : Le Conseil doit tenir aux deux ans une Assemblée générale

Discussion des membres et il est proposé l'adoption de cet amendement par M^{me} Louise Forbes, secondé par M. Michel Carignan

2. Proposition d'amendement du règlement 4.1 Composition du comité exécutif :

Le comité est composé de cinq (5) membres élus et doivent représenter chacun des métiers répartis comme suit :

- Deux personnes pour le CH
- Deux personnes pour le CLSC
- Une personne pour le CHSLD

Proposition : Si répartition non respectée, il faut s'assurer d'avoir un représentant par secteur d'activité différent.

Discussion des membres et il est proposé l'adoption de l'amendement du règlement 4.1 par M^{me} Louise Forbes, secondée par M^{me} Myriam Bélanger.

5.5 Recommandation du Conseil multidisciplinaire au Conseil d'administration

Dépôt d'une recommandation au Conseil d'administration concernant le développement d'une politique et d'une procédure pour une mise à jour annuelle des permis de pratique des professionnels multidisciplinaires du CSSS de Matane effectué le 15 mai 2014.

6. Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année :

- ✕ Assemblée générale fortement appréciée avec un taux de participation démontrant une mobilisation constante des membres;
- ✕ Présentation du dépliant expliquant les rôles et mandats du CM aux membres lors de l'Assemblée générale ainsi que de l'espace CM sur le site intranet;
- ✕ Participation de deux membres au colloque des CM du Québec à Lévis en novembre 2013 ayant pour thème : Le CM : des professionnels engagés, soucieux de maintenir la qualité des soins et services à l'ère de la performance;
- ✕ 3 nouveaux membres élus et recrutés sur le comité exécutif;
- ✕ Nomination d'un représentant du CM au conseil d'administration au CSSS de Matane : M^{me} Johanne Castonguay, technicienne en loisirs et chef d'équipe;
- ✕ Présentation de deux midi-conférences :
 - Juin 2013, présentation du parcours clinique d'un usager en vue d'une chirurgie pour une prothèse totale de hanche effectuée par plusieurs intervenants autant par le personnel infirmier, multidisciplinaire et préposé;
 - Novembre 2013, conférence ayant pour sujet «Apprendre à devenir vieux» avec M^{me} Suzie Fortin, éducatrice spécialisée.
- ✕ Amendements adoptés aux règlements sur la régie interne du CM du CSSS de Matane lors de l'AGA du 18 septembre 2013;
- ✕ Point à l'ordre du jour de chaque exécutif : Agrément 2014 sur la présentation des travaux et les résultats des différents sondages entre autres sur la mobilisation de nos membres;
- ✕ Création d'une boîte courriel CM;
- ✕ Présentation au CA du CSSS de Matane le 15 mai 2014 de la recommandation du CM concernant le développement d'une politique et d'une procédure pour une mise à jour annuelle des permis de pratique des professionnels multidisciplinaires du CSSS de Matane. À venir modification d'un énoncé suite à cette présentation;

- ✕ Présentation aux gestionnaires des rôles et mandats du CM (28 mai 2014).

7. Perspectives d'action pour la prochaine année :

- ✕ Poursuivre notre représentativité au niveau des comités en place;
- ✕ Participer au plan de déploiement du concept régional portant sur le plan d'intervention et le plan de services individualisé (PI-PSI) avec la commission multidisciplinaire régionale (CMuR);
- ✕ Travailler avec nos collaborateurs de la Direction des soins infirmiers ainsi que la conseillère aux communications pour la poursuite du projet des midi-conférences qui favorise la collaboration interprofessionnelle;
- ✕ Poursuivre une visibilité auprès des membres du CM par le biais d'articles au journal « La Passerelle »;
- ✕ Dépôt des travaux des comités de pairs en réadaptation;
- ✕ Participation au colloque provincial des CM du Québec (novembre 2014);
- ✕ Préparer un avis à la direction générale sur le formulaire de demande de services;
- ✕ Poursuivre les travaux du CMPC sur le plan de formation (plan d'action et recommandations);
- ✕ Participer au processus d'Agrément 2014;
- ✕ Élaboration d'une affiche visant entre autres la reconnaissance des membres du conseil multidisciplinaire ainsi que l'existence auprès du grand public.

8. Conclusion

Je tiens à remercier tous les membres de l'exécutif, ils représentent une force et une solidité au sein de notre organisation. Leur implication demeure source de motivation pour la suite de nos travaux. Nous sommes fiers d'être ce que nous sommes et tenons à exercer nos mandats avec certitude et détermination. Je tiens aussi à remercier M^{me} Julie Sutton et M^{me} Josée Ménard pour leur travail respectif dans notre comité.

Notre conseil multidisciplinaire s'est développé grandement au cours de la dernière décennie, et ce, grâce aux convictions et à l'expérience de M^{me} Lise Ross notre personne désignée, elle demeure un atout majeur à notre déploiement comme exécutif et une personne de référence concernant les véritables enjeux de notre instance. Finalement, je tiens à souligner les fonctions de M^{me} Nicole Morin au sein de notre équipe, sa vision et son support alimentent nos orientations et décisions. Merci à vous deux, nous sommes très reconnaissants de votre présence.

Dany Caron, assistante-chef physiothérapeute
Présidente du Conseil multidisciplinaire du CSSS de
Matane



Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Il me fait plaisir de vous présenter le rapport annuel 2013-2014 du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CSSS de Matane.

1. COMPOSITION DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS :

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est composé de 35 membres actifs et associés comprenant des médecins omnipraticiens et spécialistes, des pharmaciens ainsi que plusieurs autres membres associés dispensant des soins dans notre établissement.

2. COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF :

Le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est composé de cinq membres ainsi que de la directrice des services professionnels et hospitaliers et de la directrice générale :

- D^{re} Renée Gagnon, présidente;
- D^{re} Catherine Caron, vice-présidente;
- D^{re} Marie-Ève Bergeron, trésorière;
- D^{re} Kadjla Kadri;
- Dr William Élyabroudi;
- D^{re} Annie Lavoie, directrice des services professionnels et hospitaliers;
- M^{me} Nicole Morin, directrice générale.

Les chefs de département sont également invités :

- D^{re} Marie-Christine Rivest, chef du Département de médecine;
- Dr Claude Dufour, chef du Département de chirurgie et d'anesthésie;
- Dr Michel Rioux, chef du Département de radiologie;
- M^{me} Julie Lagacé, chef du Département de pharmacie.

D^{re} Marie-Christine Rivest a assumé la présidence par intérim du 1^{er} juillet 2013 au 1^{er} mars 2014 pendant le congé de maternité de la D^{re} Renée Gagnon.

3. MANDAT GÉNÉRAL DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS :

- Le rôle de conseil envers le conseil d'administration :
- Apprécier et contrôler la qualité des actes;
- Évaluer et maintenir la compétence;
- Faire des recommandations sur les qualifications et compétences lors d'une demande de nomination;

- Donner son avis sur les mesures disciplinaires;
- Faire des recommandations sur les règles de soins et les règles d'utilisation des médicaments;
- Faire des recommandations sur les obligations rattachées aux privilèges;
- Élaborer les modalités de garde;
- Donner son avis sur l'organisation technique et scientifique du centre et les règles d'utilisation des ressources.

Le rôle du conseil envers la Direction générale est de donner son avis sur :

- La complémentarité des services entre les établissements de la région;
- L'organisation technique et scientifique;
- L'organisation médicale et la distribution appropriée des soins.

4. MANDATS OU OBJECTIFS SPÉCIFIQUES AU COURS DE L'ANNÉE

Les objectifs pour 2013-2014 étaient de poursuivre le recrutement médical, car la situation demeure très préoccupante, de surveiller le bon déroulement de la restructuration du projet de guichet d'accès et de celui du projet de gériatrie active.

5. BILAN DES ACTIVITÉS

Au cours de l'année 2013-2014, vous trouvez ci-dessous un tableau concernant les réunions, le nombre de rencontres et le pourcentage de participation :

Réunion de département	Nombre de réunions	Taux de participation
Assemblée générale du CMDP	3	55 %
Comité exécutif du CMDP	9	86 %
Département de médecine	4	60 %
Service d'urgence	3	82 %
Service de gériatrie	4	69 %
Comité de pharmacologie	2	76 %
Comité de l'évaluation de l'acte médical	3	75 %
Service d'obstétrique	2	100 %

En 2013-2014, les médecins du CSSS de Matane ont eu à composer avec une surcharge importante de travail étant donné le manque d'effectif, situation qui perdure déjà depuis quelques années. Nous avons dû mettre l'accent sur les activités cliniques et les soins directs aux usagers/résidents. Le Département de chirurgie a tenu pour sa part quelques réunions.

Tout d'abord, le comité de l'évaluation de l'acte médical, sous la présidence de la D^{re} Marie Bernard, a été réorganisé. Un plan d'action a été établi. Il y a eu trois réunions et les principaux points traités étaient : l'analyse des décès à l'urgence du 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2012 et du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2013, l'analyse des statistiques d'indicateurs de performance du Groupe-conseil de l'INESSS et sur l'usage des antibiotiques à l'urgence.

Le comité de pharmacologie a adopté des ordonnances collectives et des protocoles visant à faciliter l'utilisation des médicaments et à améliorer la sécurité des usagers/résidents.

En ce qui concerne le comité d'évaluation des titres, comme nous pratiquons dans un centre de petite taille et que le nombre de médecins est restreint, c'est le comité exécutif du CMDP qui s'acquitte de cette tâche. Plusieurs demandes de privilèges ont été analysées et adoptées.

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et le Département de médecine ont également veillé au respect des obligations pouvant être rattachées à la jouissance des privilèges accordés aux membres. Par exemple, le respect des activités obligatoires selon le nombre d'années de pratique. Ils s'assurent également d'une répartition la plus équitable possible des différentes tâches à accomplir par les médecins.

Malheureusement, la situation des effectifs médicaux demeure préoccupante. Le plan d'effectifs médicaux était de 23 sur 30 au 31 mars 2014. Nous avons eu un départ : D^r David St-Sauveur. Par contre, s'est ajouté à l'équipe médicale en octobre 2013, D^r Jean-Michel Tremblay, mais ce dernier a déjà annoncé son départ pour septembre prochain. Donc, nous avons recours à des médecins dépanneurs afin de venir prêter main-forte à l'équipe médicale à l'urgence et à l'hospitalisation et quelques semaines en obstétrique à l'été 2013.

En ce qui concerne les médecins spécialistes, tous nos postes sont comblés. Par contre, des départs sont annoncés pour 2014, donc le recrutement fera toujours partie de nos priorités.

Pour ce qui est du recrutement en pharmacie, une quatrième pharmacienne, M^{me} Sarah-Anne Lebreux, est arrivée en septembre 2013. Une entente de prêt de service d'une pharmacienne à raison d'une journée par semaine a aussi été conclue entre le CSSS de la Matapédia, le CSSS de Matane et le CSSS de La Mitis.

6. RÉSULTATS OBTENUS DES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES POUR 2013-2014

Le conseil a réalisé avec succès les objectifs prévus pour 2012-2013.

Le Département de pharmacie a recruté une pharmacienne qui a amorcé ses fonctions à temps complet en septembre 2013.

Quant au recrutement en médecine générale, des efforts soutenus sont faits depuis plusieurs années et se poursuivront.

En ce qui concerne la surveillance du bon déroulement de la restructuration du système d'admission à l'urgence, Dr Pierre-Luc Sylvain était le représentant médical pour le projet de guichet d'accès et Dr Pascale Fournier pour le projet de restructuration du projet de gériatrie active. Ces projets ont aussi fait l'objet de quelques discussions lors des réunions du conseil.

7. PERSPECTIVES D'ACTION POUR LA PROCHAINE ANNÉE 2014-2015

Pour l'année 2014-2015, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a pour objectifs les points suivants :

- Poursuivre le recrutement médical, car la situation demeure très préoccupante;
- Surveiller le bon déroulement de la restructuration du projet de guichet d'accès;
- Surveiller le bon déroulement de la restructuration du projet de gériatrie active;
- Surveiller le bon déroulement du projet de soins palliatifs.

Dr Renée Gagnon, présidente

Adopté au CMDP du 21 mai 2014.



Comité de révision

Le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte par le médecin examinateur. Il doit s'assurer que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité et que les motifs des conclusions du médecin examinateur se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles.

Le plaignant ou le médecin concerné par la plainte peut demander une révision.

Au terme de sa révision, le comité doit conclure à l'une des options suivantes :

- Confirmer les conclusions du médecin examinateur;
- Requérir du médecin examinateur qu'il effectue un complément d'examen dans un délai fixé par le comité et qu'il transmette ses nouvelles conclusions;
- Acheminer copie de la plainte au Conseil des médecins dentistes et pharmaciens (CMDP) pour son étude à des fins disciplinaires;
- Recommander au médecin examinateur ou, s'il y a lieu, aux parties elles-mêmes, toute mesure à les réconcilier.

Le comité est présidé par madame Chantal Leblanc.

Les autres membres sont les docteurs Renée Gagnon et Marie-Ève Bergeron, toutes deux déléguées par le CMDP.

LE NOMBRE DE RENCONTRES

- La présidente n'a reçu aucune (0) demande de révision au cours de cette période.
- Le comité s'est réuni zéro (0) fois au cours de l'année pour ne traiter aucun (0) dossier. Une diminution de 100 pour cent (100 %), comparativement à l'an passé alors que le comité avait traité un (1) dossier.
- Aucun (0) usager n'était assisté par le Centre d'Aide et d'Assistance aux Plaintes (CAAP).
- Aucune (0) demande ne provenait d'un médecin

LES DÉLAIS DE TRAITEMENT

Aucun (0) dossier n'a été traité dans un délai de soixante (60) jours.

LES MOTIFS DE PLAINTES

Les plaintes avaient pour objet :

- Soins et services dispensés, approche thérapeutique, évaluation et jugement professionnel (0);
- Relations interpersonnelles, manque d'empathie (0);
- Accessibilité(0).

LES CONCLUSIONS DU COMITÉ DE RÉVISION

Pour aucun (0) dossier, les membres du comité de révision n'ont confirmé les conclusions du médecin examinateur.

Pour aucun (0) dossier, le comité n'a demandé au médecin examinateur un complément d'enquête et par la suite, n'a confirmé les conclusions de celui-ci.

Pour aucun (0) dossier, le comité de révision n'a infirmé les conclusions du médecin examinateur.

LES DOSSIERS EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE

Aucun (0).



Comité de vigilance et de la qualité - CVQ

Les membres du comité sont :

- M^{me} Nicole Morin, directrice générale
Ginette Doré, administratrice au conseil d'administration
Micheline Verreault, administratrice désignée par le comité des usagers au conseil d'administration
- MM. Jacques Deschênes, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
Jean Nazair, administrateur au conseil d'administration
Louis Pelletier, administrateur au conseil d'administration

Le comité s'est réuni à quatre occasions au cours de l'année 2013-2014.

Les rapports déposés et analysés au comité de vigilance et de la qualité sont :

- 📁 Rapport d'Agrément Canada;
- 📁 Rapport sur la satisfaction de l'expérience client;
- 📁 Rapport sur la mobilisation du personnel;
- 📁 Rapport périodique du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services;
- 📁 Rapport périodique sur les incidents et accidents;
- 📁 Rapport sur la gestion des risques;
- 📁 Rapport sur la prévention et contrôle des infections;
- 📁 Rapport sur l'utilisation des contentions;
- 📁 Rapport du Protecteur du citoyen;
- 📁 Rapport du Coroner;
- 📁 Rapport du Curateur public;
- 📁 Rapport de la visite d'appréciation de l'implantation de l'approche milieu de vie en CHSLD.

Les suivis ont été effectués auprès des gestionnaires concernés dans un but commun d'améliorer la qualité et la sécurité dans les soins et les services à dispenser pour notre clientèle.

Les indicateurs utilisés par le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ont été : les suivis des plaintes, le nombre de plaintes et le délai pour les suivis des recommandations de ce dernier.

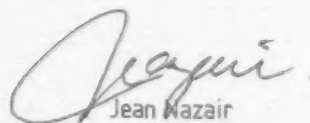
Autres rapports qui ont été analysés :

- ✎ Analyse prospective en cours;
- ✎ Présentation d'un événement sentinelle et la recommandation;
- ✎ Les statistiques du Commissaire local aux plaintes incluant l'objet de la demande et les mesures;
- ✎ Publication du registre national des incidents/accidents;
- ✎ Statistiques sur les types d'infection (hôpital-CHSLD-externe);
- ✎ Type de contention/isolément, nombre d'usagers/résidents;
- ✎ Gestion des risques; le nombre d'événements par type d'événements;
- ✎ Rapport d'évaluation en traumatologie;
- ✎ Rapport de l'inspection professionnelle de l'OIIAQ;
- ✎ Dépôt au comité des normes de Gouvernance;
- ✎ Rapport du *Programme d'inspection ciblée des établissements offrant un service de préparation de produits stériles*;
- ✎ Dépôt de la politique *Effets personnels des usagers et des résidents du CSSS de Matane*;

Rencontre :

- ✎ Rencontre avec les représentants du Curateur public.

Le président,



Jean Mazair



Comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration

Les membres du comité sont :

- M^{me} Lucie Lapointe, administratrice au conseil d'administration
Nicole Morin, directrice générale
MM. Olivier Banville, administrateur au conseil d'administration
Michel Côté, administrateur au conseil d'administration
Louis Pelletier, administrateur au conseil d'administration

Le comité s'est réuni à trois occasions au cours de l'année 2013-2014.

Le comité de gouvernance et d'éthique a recommandé au conseil d'administration :

- Révision du *Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration*;
- Outil pour l'évaluation des membres du conseil d'administration;
- Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements.

Le président,






Olivier Banville



Comité des usagers et des résidents

Il me fait plaisir de vous présenter le rapport du conseil d'administration du comité des usagers et des résidents du CHSLD.

Le conseil d'administration s'est réuni pour 5 réunions régulières, 3 réunions spéciales et une rencontre extraordinaire pour l'aménagement du nouveau local, soit un total 9 rencontres. Nous avons traité, entre autres, les dossiers suivants :

-  *Participation au colloque provincial du CPM en juin 2013;*
-  *Rencontre régionale des comités des usagers Rimouski;*
-  *Remise en opération du comité des résidents.*

C'est en effet avec beaucoup de plaisir que nous vous présentons l'ensemble des activités accomplies au cours de l'année 2013-2014. Les droits et les intérêts des usagers ont été défendus afin de favoriser l'amélioration de leur condition de vie.

Composition du comité des usagers pour l'année 2013-2014

M^{me} Louiselle Richard, présidente par intérim

M^{me} Lisette Gravel, secrétaire

M^{me} Micheline Verreault, trésorière

Composition du comité des résidents pour l'année 2013-2014

Carmen Pelletier, représentante sur le comité des usagers

Christine Desjardins, membre

Micheline Lévesque, membre

Lucille Normand, membre

Rose-Ida Normand, membre

Le comité des usagers et des résidents s'est réuni trois fois au cours de l'année 2013-2014, au Centre d'hébergement de Matane.

Étaient présentes :

M^{mes} Nicole Morin, directrice générale

Carmen Pelletier, membre

Christine Desjardins, membre

Micheline Lévesque, membre

Lucille Normand, membre

Rose-Ida Normand, membre

Réalisations du comité en 2013-2014 :

- Participation au projet d'affichage numérique de quatre ans au CSSS de Matane toujours en vigueur;
- Encart publicitaire annuellement dans l'Inter Guide;
- Distribution des Calendriers 2014 dans les établissements du CSSS de Matane.

Objectifs 2014-2015 :

- Participation aux colloques provinciaux;
- Distribution dans les restaurants de Matane de napperons avec l'information pour les droits des usagers;
- Obtention d'un local assigné au comité des usagers avec le CHSLD;
- Projet d'embauche d'un(e) agent de liaison pour juin 2014;
- Renouvellement des calendriers pour 2015 avec le concours « Offrez-nous une image de vous » en milieu de vie dans le système de santé du CSSS Matane;
- Ensemble de soins de santé pour les usagers (brosse à dents, dentifrice et petite boîte de mouchoirs) distribution pour l'urgence et les postes aux étages du CSSS de Matane;
- Pochettes d'accueil pour les nouveaux usagers résidents aux CHSLD.

La présidente par intérim,

Louiselle Richard



Comité de gestion des risques

1. Composition du comité

Silvi Bélanger, représentante du CM
Julie-Anne Desjardins, représentante du CECII
Pierre Ducasse, directeur des ressources financières, techniques et informationnelles
Micheline Verreault, représentante du comité des usagers
Nicole Morin, directrice générale
Marie-Ève Martin-St-Pierre, infirmière conseillère en prévention et contrôle des infections
Jacky Tremblay, pharmacien membre du comité de pharmacologie
Danielle Savard, directrice des soins infirmiers
Lise Ross, gestionnaire de risques

2. Mandat général du comité

Assurer au conseil d'administration que les obligations de l'établissement en ce qui concerne la sécurité non seulement des usagers, mais aussi celle des employés, des médecins et des tiers sont remplies, que des mécanismes sont en place pour diminuer les risques d'accident causant des dommages et pour protéger les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles de l'établissement.

3. Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année :

1. Assurer le déploiement d'une culture de prestation sécuritaire des soins et des services;
2. Consolider le comité de gestion des risques;
3. Opérationnaliser le mandat du comité de gestion des risques;
4. Assurer la saisie des formulaires AH-223 selon les délais prescrits;
5. Rendre opérationnel le Référentiel sur les éléments de prestation sécuritaires des soins et des services aux usagers et aux résidents.

4. Bilan des activités :

4.1 Nombre de réunions du comité de gestion des risques et taux de participation :

Nbre 5 Taux de participation : 78 %

4.2 Principales causes des incidents et accidents :

- *Les principales causes des incidents et accidents sont les chutes (561 événements) et les médicaments (510 événements).*

Centre de santé
et de services sociaux
de Matane

TABLEAU COMPARATIF (PÉRIODE 3, 6, 9 ET 13)

Période	Nombre d'incidents			Période	Nombre d'accidents			Période	Taux d'incidents			Période	Taux d'accidents		
	2011-2012	2012-2013	2013-2014		2011-2012	2012-2013	2013-2014		2011-2012	2012-2013	2013-2014		2011-2012	2012-2013	2013-2014
3	87	29	28	3	19	104	83	3	82	22	25	3	18	78	75
6	80	26	16	6	21	82	87	6	79	24	16	6	21	76	84
9	93	36	25	9	26	84	111	9	78	30	18	9	22	70	82
13	157	18	14	13	29	62	68	13	84	23	17	13	16	78	83

Incidents : Gravité A et B

Accidents : Gravité C, D, E1, E2, F, G, H, I



001 - Nombre d'événements par type et par période

Établissement: CSSS DE MATANE

Exercice financier: 2013-2014

Périodes: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13

Types d'événements: Autre, Bâtiment, Chute, Diète, Effet personnel, Équipement, Lié à l'utilisateur, Matériel, Médicament, Non déterminé, Possibilité d'abus, Test diagnostique, Traitement, Transfusionnel

Regroupements: Aucun, CENTRE D'HEBERGEMENT DE MATANE, CLSC (Baie-des-Sables), CLSC (Les Méchins), CLSC DE MATANE, HOPITAL DE MATANE, RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

Période	Type											
	Autre	Bâtiment	Chute	Diète	Effet personnel	Équipement	Lié à l'utilisateur	Matériel	Médicament	Possibilité d'abus	Test diagnostique	Traitement
1	18	1	48		1	1	1	1	52	1	13	2
2	14		42		3			1	45	2	4	
3	18		30	2			1	5	50	2	3	
4	23		38			1	1	1	38	5	6	1
5	15	1	51				3	3	37	2	5	2
6	15		40		1		2		39		5	1
7	22		52	1			2		27	2	9	1
8	22		56		1	1	1	2	41	5	7	1
9	21		59					4	44	4	3	1
10	5		43		3			1	43		9	
11	18		37		2	1		2	35	3	6	4
12	7		38				1	3	33		2	1
13	13		27		2	1	1	3	26	4	3	2
Total	211	2	561	3	13	5	13	26	510	30	75	16



003 - Rapport annuel Incidents - accidents

Comparaison entre deux années et période par période

Établissement: CSSS DE MATANE

Regroupements: Aucun, CENTRE D'HEBERGEMENT DE MATANE, CLSC (Baie-des-Sables), CLSC (Les Mèchris), CLSC DE MATANE, HOPITAL DE MATANE, RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

Année 1: 2013-2014

Année 2: 2012-2013

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total	Année	Moy.	Total
2013-2014	139	111	111	114	119	103	116	137	136	104	108	85	82	1465	2013-2014	112	1465
2012-2013	177	179	133	156	133	108	133	111	120	102	121	108	90	1661	2012-2013	127	1661



004 - Nombre d'événements par gravité et regroupement

Établissement: CSSS DE MATANE

Exercice financier: 2013-2014

Périodes: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13

Types d'événements: Autre, Bâtiment, Chute, Diète, Effet personnel, Équipement, Lié à l'utilisateur, Matériel, Médicament, Non déterminé, Possibilité d'abus, Test diagnostique, Traitement, Transfusionnel

Regroupements: Aucun, CENTRE D'HEBERGEMENT DE MATANE, CLSC (Baie-des-Sables), CLSC (Les Méchins), CLSC DE MATANE, HOPITAL DE MATANE, RESSOURCES

Regroupement	Niveau de gravité							Total
	A	B	C	D	E1	E2	F	
CENTRE D'HEBERGEMENT DE MATANE	40	40	458	88	55	9	3	693
CLSC (Baie-des-Sables)	1							1
CLSC DE MATANE	3	1	7		2			13
HOPITAL DE MATANE	130	64	403	37	11	4		649
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES		1	106	1	1			109
Total	174	106	974	126	69	13	3	1465

- 4.3 Formations données en mars 2014 sur les nouveaux formulaires AH-223-1 révisés à une cinquantaine d'employés du CH, du CHSL, des ressources intermédiaires et à 10 gestionnaires.
- 4.4 Actions prises pour la surveillance de l'incidence des incidents et accidents et l'analyse des risques: *Une surveillance étroite a été apportée au formulaire AH-223:*
- *Transmission de Rapports des incidents et accidents aux périodes 3, 6, 9, 13 et des bilans biannuels des incidents/accidents aux comités Gestion des risques et au C.A.;*
 - *Transmission de Rapports des incidents et accidents et suivi d'un événement sentinelle au comité de vigilance;*
 - *Transmission de Rapports des incidents et accidents plus détaillés au comité prévention des chutes/contentions et à la coordonnatrice du CHSLD;*
 - *Transmission de Rapports des incidents et accidents et des bilans biannuels des événements des incidents et accidents aux membres du comité de gestion.*
 - *Création d'un comité ad hoc sur les erreurs de médicaments. Production d'un rapport sur l'évaluation rétrospective des erreurs de médicaments.*

Participation à divers comités :

Comité de vigilance;

Comité de direction

Comité prévention et contrôle des infections;

Comité interdisciplinaire des chutes/contentions;

Rencontres ponctuelles de soutien aux équipes ASI du CHSLD et du CH;

Suivis ponctuels de 12 événements indésirables (analyse sommaire et enquête).

Participe aux journées d'accueil des nouveaux employés

- 4.5 Actions prises pour le suivi des événements sentinelles :

Présentation du suivi des événements sentinelles au comité de gestion des risques et au comité de vigilance.

- 4.6 Actions prises pour le suivi du soutien aux victimes et aux proches :

Aucune mesure de soutien aux usagers et aux familles à la suite d'événements n'a été requise.

4.7 Actions prises pour la surveillance des infections nosocomiales et résultats de cette surveillance : Référence au rapport annuel sur la prévention et le contrôle des infections 2013-2014.

4.8 Indicateurs de suivi utilisés : Référence au rapport annuel sur la prévention et le contrôle des infections 2013-2014.

5. Perspectives d'action pour la prochaine année :

1. Supporter les équipes de travail afin d'assurer une prestation sécuritaire des soins et des services auprès des usagers/résidents;
2. Poursuivre la formation sur les nouveaux formulaires AH-223-1 révisés aux employés et aux nouveaux employés;
3. Assurer la saisie des formulaires AH-223 selon les délais prescrits;
4. S'assurer que le cadre référentiel sur les éléments de prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers et aux résidents soit appliqué par les équipes de soins;
5. S'assurer que les événements sentinelles soient signalés aux gestionnaires de risque dans un délai raisonnable;
6. S'assurer de l'analyse d'événement sentinelle lors de chutes avec conséquence, soit les accidents dont la gravité est E1 jusqu'à I;
7. Diffuser les rapports (tableaux d'incidents/accidents) par secteurs d'activités.

6. Recommandations :

Assurer une formation aux employés des différents centres d'activités sur les événements sentinelles.

Élaborer et consolider un plan de communication portant sur la promotion d'une culture de sécurité au sein de notre établissement.

La gestionnaire des risques,


Lise Ross



Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

En vertu de l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, le conseil d'administration de tout établissement public ou privé conventionné est tenu d'établir un code d'éthique et de déontologie qui doit être rendu accessible au public et être publié dans son rapport annuel.

Le conseil d'administration a révisé et adopté son code d'éthique et de déontologie le 16 septembre 2004. Une mise à jour de son code d'éthique et de déontologie a été faite en décembre 2013.

Un comité d'éthique et de déontologie, composé de cinq membres du conseil d'administration, est constitué. En 2013-2014, aucun cas n'a été traité, aucun membre ne s'est retrouvé en conflit d'intérêts. Enfin, aucun manquement n'a été constaté durant l'année par cette instance disciplinaire. Par contre, le comité a discuté des absences des membres du conseil d'administration aux séances régulières.

Tel que le prévoit la loi citée précédemment, le *Code d'éthique et de déontologie* des membres du conseil d'administration est publié intégralement à la page suivante.

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Cette administration doit reposer sur un lien de confiance entre le CSSS de Matane et la population. Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie demeure une préoccupation constante du Conseil d'administration du CSSS de Matane pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Compte tenu de leur rôle de mandataires, la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* édicte l'obligation, pour les membres des Conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux, de se doter d'un Code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable (L.R.Q., chapitre M-30, article 3.04, paragraphe 5). Ces dispositions s'ajoutent à celles prévues à la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), désignée ci-après LSSSS.

Ainsi, l'article 174 de la LSSSS, corollaire de l'article 322 du *Code civil du Québec* (L.R.Q., c. C-1991), stipule que :

Les membres du Conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Établissement ou, selon le cas, de l'ensemble des Établissements qu'ils administrent et de la population desservie.

Le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CSSS de Matane s'inscrit dans le cadre de la mission de l'Établissement, à savoir notamment, de dispenser des services de santé et des services sociaux de qualité, efficaces et efficients, selon les besoins de la clientèle desservie, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. De plus, le Conseil d'administration du CSSS de Matane met l'accent sur une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population.

En outre, le CSSS de Matane est guidé par sa vision ainsi que ses valeurs qui sont, notamment :

- ✓ La primauté de la personne qui est au centre de nos préoccupations et au cœur de nos décisions et de nos actions;
- ✓ Le respect qui se démontre par des attitudes, des comportements et des approches telles que l'ouverture, l'écoute, l'empathie et la disponibilité envers l'autre. Qu'il s'agisse des personnes ou des installations, il privilégie le savoir-être et la dignité de la personne et s'exprime par la considération envers les autres;
- ✓ L'équité qui se démontre par des services rendus à la population de façon équitable. Les ressources humaines, matérielles et financières sont distribuées en tenant compte des besoins de la population et des différents facteurs (économiques, sociaux et

démographiques). L'équité se démontre par un traitement juste envers les personnes et/ou les organisations. Elle s'applique également dans la gestion de l'organisation des services à dispenser;

- ✓ L'intégrité qui fait référence à la confiance, la transparence et la cohérence. L'intégrité se démontre par notre volonté d'exprimer la réalité des faits et des processus. C'est une valeur où nous sollicitons l'opinion des intervenants et où nous favorisons la divulgation d'information au personnel et à la population pour comprendre l'application des décisions;
- ✓ La qualité de vie au travail qui se démontre par une satisfaction et du plaisir dans notre milieu de travail, car il occupe une partie importante de nos activités.

Ces valeurs et cette vision sont énoncées dans le plan stratégique pluriannuel du CSSS de Matane. Également, le CSSS de Matane se soucie d'être un partenaire de premier plan dans la gestion et l'amélioration du système de santé et de services sociaux.

ARTICLE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Préambule

Le préambule et les annexes font partie intégrante du présent Code.

1.2 Objectifs généraux et champ d'application

Le présent Code a pour objectifs de préserver et de renforcer le lien de confiance de la population dans l'intégrité et l'impartialité des membres du Conseil d'administration du CSSS de Matane, de favoriser la transparence au sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Par contre, ce Code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du Conseil d'administration de l'Établissement. En effet, ce Code :

- 1° Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- 2° Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- 3° Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs;
- 4° Traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions;

- 5° Prévoit des mécanismes d'application du Code dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Le présent Code s'applique à tout administrateur de l'Établissement CSSS de Matane. Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

1.3 Fondement

Le présent Code repose notamment sur les dispositions suivantes :

- Articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*, L.R.Q., c. C-1991;
- Articles 100, 129, 131, 132.3, 154, 155, 172, 172.1, 174, 181, 181.0.0.1, 197, 198, 199, 200, 201, 235 et 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2;
- Articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, L.R.Q., c. M-30.

Article II – Définitions et interprétation

À moins d'une disposition expresse au contraire ou à moins que le contexte ne le veuille autrement dans le présent Code, les termes suivants signifient :

- a) **Administrateur** : un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté;
- b) **Charge publique élective** : Toute personne qui travaille dans le domaine public, que ce soit dans les institutions parlementaires, gouvernementales ou municipales. Le titulaire d'une charge publique peut être un élu ou une personne nommée pour exercer des fonctions au sein de l'administration publique (voir l'Annexe VII);
- c) **Code** : le code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil d'administration de l'Établissement élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le Conseil d'administration;
- d) **Comité de discipline** : le comité de discipline institué par le comité de gouvernance et d'éthique, au besoin, pour traiter une situation de manquement ou d'omission dont il a été saisi;

- e) **Comité de gouvernance et d'éthique** : le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent Code ainsi que sa révision, au besoin;
- f) **Conflit d'intérêts** : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;
- g) **Conjoint** : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation*, L.R.Q., c. I-16;
- h) **Conseil d'administration** : désigne le Conseil d'administration de l'Établissement;
- i) **Déontologie** : Éeon, - ontos : du grec devoir. Ensemble des devoirs qu'impose à des professionnels l'exercice de leur métier. Désigne des règles, devoirs et obligations, ce qu'il faut faire;
- j) **Entreprise** : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Établissement;
- k) **Établissement** : désigne le CSSS de Matane;
- l) **Éthique** : Éthos : du grec mœurs; science de la morale; art de diriger la conduite. Se réfère à des valeurs plutôt qu'à des obligations; situe nos décisions d'agir par rapport aux valeurs que nous désirons mettre en pratique (George A. Legault, Professionnalisme et délibération éthique);
- m) **Famille immédiate** : aux fins de l'article 131 (notion de personne indépendante) de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, est un membre de la famille immédiate d'un directeur général, d'un directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'Établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint;
- n) **Faute grave** : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du Conseil d'administration de l'Établissement;

- o) **Intérêt** : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;
- p) **Loi** : toute loi applicable dans le cadre du présent Code, incluant les règlements pertinents;
- q) **Personne indépendante** : tel que prévu à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., S-4.2., une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'Établissement;
- r) **Proche** : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif;
- s) **Renseignements confidentiels** : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'Établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonctions dans l'Établissement ou à l'Établissement lui-même. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'Établissement participe.

-
1. Sur la portée de la notion de « personne indépendante », nous vous référons au communiqué AJ2011-07 émis le 19 octobre 2011 (résumé).

ARTICLE III – PRINCIPES D'ÉTHIQUE

L'éthique qui apparaît la plus significative dans le domaine de l'administration publique retrouve son sens dans la dynamique des valeurs telles qu'être transparent, responsable et juste.

- 3.1 L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'Établissement et de la population desservie. L'administrateur remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.
- 3.2 L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux.
- 3.3 L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévues au présent Code.
- 3.4 L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- 3.5 L'administrateur souscrit aux principes de pertinence, de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés, principes préconisés en vertu de la LSSSS.
- 3.6 L'administrateur exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'Établissement.
- 3.7 L'administrateur participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Établissement.
- 3.8 L'administrateur contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'Établissement en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

ARTICLE IV – RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

2. ASSOCIATION DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Éthique et directeur général*, février 1987, p. 5.

La déontologie est un ensemble de règles et de normes de conduite qui régissent une profession ou une fonction, et dans ce dernier cas, celle d'administrateurs.

Disponibilité et participation active

- 4.1 L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions en étant régulièrement présent aux séances du Conseil d'administration, en prenant connaissance des dossiers et en prenant une part active aux décisions du Conseil d'administration. Il favorise l'esprit de collaboration au sein du Conseil d'administration et contribue à ses délibérations. Le membre du Conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil et à défaut, motiver son absence. Après trois absences consécutives, le membre du Conseil d'administration sera rencontré par le comité de discipline.

Respect

- 4.2 L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- 4.3 L'administrateur agit de manière courtoise et modérée et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.
- 4.4 L'administrateur doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du Conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du Conseil d'administration. Il respecte toute décision du Conseil d'administration, malgré sa dissidence. Le membre du Conseil d'administration présent à une réunion du conseil doit voter lorsque requis.

Soin et compétence

- 4.5 L'administrateur doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'Établissement.

Neutralité

-
3. AQESSS, *Déontologie et éthique* – définitions, fiche révisée, janvier 2012, 2 p.

- 4.6 L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- 4.7 L'administrateur doit placer les intérêts de l'Établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

Transparence

- 4.8 L'administrateur exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- 4.9 L'administrateur partage avec les membres du Conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du Conseil d'administration.

Discrétion et confidentialité

- 4.10 L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- 4.11 L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du Conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'Établissement.
- 4.12 L'administrateur s'abstient d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.

Relations publiques

- 4.13 L'administrateur respecte la politique de l'Établissement sur les relations avec les médias. Le membre du Conseil d'administration doit faire preuve de réserve, de loyauté et de prudence à l'occasion de représentations publiques lorsqu'il est autorisé à le faire. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement.

Charge publique élective

- 4.14 L'administrateur informe le Conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.
- 4.15 L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein sur le territoire du CSSS de Matane. De plus, il doit se retirer temporairement de ses fonctions d'administrateur s'il est élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge est susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

Biens et services de l'Établissement

- 4.16 L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'Établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le Conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'Établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le Conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Établissement.
- 4.17 L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement. L'administrateur devra faire preuve d'honnêteté dans ses déclarations.

Avantages et cadeaux

- 4.18 L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.
- 4.19 L'administrateur qui reçoit un avantage contraire au présent Code est redevable envers l'Établissement de la valeur de l'avantage reçu.

Interventions inappropriées

- 4.20 L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.
- 4.21 L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

ARTICLE V – ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS

- 5.1 L'administrateur élu, nommé ou coopté, à titre d'administrateur indépendant, doit dénoncer par écrit au Conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. L'administrateur doit transmettre au Conseil d'administration le formulaire de l'Annexe II du présent Code, au plus tard dans les vingt (20) jours suivant la présence d'une telle situation.

ARTICLE VI – CONFLIT D'INTÉRÊTS

- 6.1 L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'Établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
- 6.2 Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.
- 6.3 L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
- a) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du Conseil d'administration;
 - b) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'Établissement;
 - c) Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du Conseil d'administration;
 - d) Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'Établissement;
 - e) Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

- 6.4 L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au Conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'Établissement en remplissant le formulaire de l'Annexe III du présent Code.
- 6.5 L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du Conseil d'administration ou de l'Établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au Conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'Annexe IV du présent Code. De plus, il doit s'abstenir de siéger au Conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
- 6.6 Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la *Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., c. V-1.1).
- 6.7 L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du Conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au Conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations incluant les réunions de travail et de la prise de décision sur cette question.
- 6.8 Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du Conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe V du présent Code. Le président du Conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général, transmet ce formulaire au Comité de gouvernance et d'éthique. Le Comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité de discipline. Le Comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au Conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement.
- 6.9 Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.

ARTICLE VII – FIN DU MANDAT

- 7.1 Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou élu, désigné, nommé ou coopté de nouveau, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.
- 7.2 L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du Conseil d'administration.
- 7.3 L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- 7.4 À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'Établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- 7.5 L'administrateur s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Établissement, de solliciter un emploi auprès de l'Établissement.
- 7.6 Tout document en possession de l'administrateur doit être détruit de façon sécuritaire ou retourné à la Direction générale dans un délai n'excédant pas soixante (60) jours de son départ (voir Annexe VIII).

ARTICLE VIII – APPLICATION DU CODE

- 8.1 Adhésion au Code
 - 8.1.1 Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables.
 - 8.1.2 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le Conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'Annexe I du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.
 - 8.1.3 En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement.

8.2 Comité de gouvernance et d'éthique

8.2.1 En matière d'éthique et de déontologie, le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement a pour fonctions de :

- a) Élaborer un Code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30);
- b) Diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
- c) Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;
- d) Conseiller les membres du Conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code;
- e) Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
- f) Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au Conseil d'administration pour adoption;
- g) Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au Conseil d'administration, le cas échéant.

8.3 Comité de discipline

8.3.1 Le comité de gouvernance et d'éthique peut instaurer, au besoin, un comité de discipline composé de trois (3) membres nommés par et parmi les administrateurs de l'Établissement. Le comité est formé d'une majorité de membres indépendants et il est présidé par un membre indépendant.

8.3.2 De plus, le Comité de discipline peut avoir recours à une ressource externe à l'Établissement. Une personne cesse de faire partie du Comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.

8.3.3 Un membre du comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.

8.3.4 Le Comité de discipline a pour fonctions de :

- a) Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
- b) Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;
- c) Faire des recommandations au Conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

ARTICLE IX – PROCESSUS DISCIPLINAIRE

- 9.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévu dans le présent Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
- 9.2 Le Comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité de discipline, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code, en transmettant le formulaire de l'Annexe V du présent Code rempli par cette personne.
- 9.3 Le Comité de discipline détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent Code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de vingt (20) jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au Comité de discipline et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du Comité de discipline.
- 9.4 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
- 9.5 Le Comité de discipline peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'Annexe VI du présent Code.

- 9.6 Tout membre du Comité de discipline qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.
- 9.7 Le Comité de discipline doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le Comité de discipline, il peut être accompagné d'une personne de son choix.
- 9.8 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 9.9 Le Comité de discipline transmet son rapport au Conseil d'administration, au plus tard dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
- a) Un état des faits reprochés;
 - b) Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;
 - c) Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code;
 - d) Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 9.10 En application de l'article 9.9 d) du présent Code, le Conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le Conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du Conseil d'administration.
- 9.11 Le Conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du directeur général, le Conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du *Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-*

- 9.12 *cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux* (R.R.Q., c. S-4.2, r. 5.2).
- 9.13 Toute mesure prise par le Conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées.
- 9.14 Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.
- 9.15 Le secrétaire du Conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent Code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'Établissement, conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (L.R.Q., c. A-21.1).

ARTICLE X – DIFFUSION DU CODE

- 10.1 L'Établissement doit rendre le présent Code accessible au public et le publier dans son rapport annuel (site web).
- 10.2 Le rapport annuel de gestion de l'Établissement doit faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le Comité de discipline, des décisions prises et des mesures imposées par le Conseil d'administration ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

ARTICLE XI – DISPOSITIONS FINALES

- 11.1 Entrée en vigueur
- 11.1.1 Le présent Code entre en vigueur le jour de son adoption par le Conseil d'administration de l'Établissement.
- 11.2 Révision
- 11.2.1 Le présent Code doit faire l'objet d'une révision par le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement tous les quatre (4) ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent.

ANNEX I

ÉTATS DES RÉSULTATS

	Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
	1	2	3	4	5
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (FI:P408) 1	42 516 581	45 296 386	3 478 781	48 775 167	46 367 081
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294) 2					
Contributions des usagers 3	2 459 760	2 560 621	XXXX	2 560 621	2 477 284
Ventes de services et recouvrements 4	214 950	273 024	XXXX	273 024	810 229
Donations (FI:P294) 5		2 646	95 043	97 689	99 700
Revenus de placement (FI:P302) 6		27 183	6 247	33 430	17 102
Revenus de type commercial 7	244 000	43 653	XXXX	43 653	40 889
Gain sur disposition (FI:P302) 8					
9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302) 11	113 980	467 637		467 637	412 348
TOTAL (L.01 à L.11) 12	45 549 271	48 671 150	3 580 071	52 251 221	50 224 633
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales 13	32 586 364	33 067 141	XXXX	33 067 141	32 547 602
Médicaments 14	1 805 023	1 697 855	XXXX	1 697 855	1 793 172
Produits sanguins 15		611 432	XXXX	611 432	512 100
Fournitures médicales et chirurgicales 16	1 326 578	1 287 469	XXXX	1 287 469	1 244 210
Denrées alimentaires 17	553 963	558 933	XXXX	558 933	538 120
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles 18	53 000	2 111 583	XXXX	2 111 583	2 015 371
Frais financiers (FI:P325) 19	20 659		623 313	623 313	845 314
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations 20	497 395	703 932	872	704 804	1 221 722
Créances douteuses 21		9 889	XXXX	9 889	7 668
Loyer 22		41 759	XXXX	41 759	41 334
Amortissement des immobilisations (FI:P422) 23		XXXX	2 226 943	2 226 943	2 298 301
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421) 24		XXXX	729	729	6 680
25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325) 27	9 226 153	7 122 884	6 812	7 129 696	6 606 576
TOTAL (L.13 à L.27) 28	46 069 135	47 212 877	2 858 669	50 071 546	49 678 170
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28) 29	(519 864)	1 458 273	721 402	2 179 675	546 463

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	1 001 527	9 533	1 011 060	464 597	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	1 001 527	9 533	1 011 060	464 597	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	1 458 273	721 402	2 179 675	546 463	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7	(1 285 546)	1 285 546	0		10
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10	(1 285 546)	1 285 546			
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	1 174 254	2 016 481	3 190 735	1 011 060	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX			
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	3 190 735	1 011 060	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	3 190 735	1 011 060	

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
	1	2	3	4	
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	2 305 692	31 934	2 337 626	1 583 847
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE: p.362, FI: p408)	3	1 708 760	208 060	1 916 820	3 210 593
Autres débiteurs (FE: p360, FI: P400)	4	794 822	95 239	890 061	663 810
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(338 262)	338 262	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE: p362, FI: p408)	7	4 080 916	(1 819 684)	2 261 232	754 867
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9		82 050	82 050	90 770
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p360, FI: p400)	12	11 819	705 612	717 431	807 191
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	8 563 747	(358 527)	8 205 220	7 111 078
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FI: p403)	14		977 551	977 551	1 397 970
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: p362, FI: p408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: p361, FI: p401)	16	4 092 848	126 487	4 219 335	5 749 825
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	537 137	537 137	1 650 414
Intérêts courus à payer (FE: p361, FI: p401)	18		208 060	208 060	152 823
Revenus reportés (FE: p290 et 291, FI: p294)	19	620 947	711 833	1 332 780	2 461 209
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FE: p361, FI: p403)	21	XXXX	26 808 045	26 808 045	23 920 161
Passifs environnementaux (FI: p401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	3 974 529		3 974 529	4 162 903
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: p361, FI: p401)	25	49 157		49 157	60 012
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	8 737 481	29 369 113	38 106 594	39 555 317
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(173 734)	(29 727 640)	(29 901 374)	(32 444 239)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: p420, 421, 422)	28	XXXX	31 744 121	31 744 121	32 236 807
Stocks de fournitures (FE: p360)	29	779 622	XXXX	779 622	849 572
Frais payés d'avance (FE: p360, FI: p400)	30	568 366		568 366	368 920
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	1 347 988	31 744 121	33 092 109	33 455 299
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DEFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	1 174 254	2 016 481	3 190 735	1 011 060

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638.01 et 638.02)

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(32 444 239)	(216 965)	(32 227 274)	(32 444 239)	(32 412 137)
Modifications comptables avec retraitements des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitements des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(32 444 239)	(216 965)	(32 227 274)	(32 444 239)	(32 412 137)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200 L.29)	5		1 458 273	721 402	2 179 675	546 463
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6		XXXX	(1 734 987)	(1 734 987)	(2 819 621)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7		XXXX	2 226 943	2 226 943	2 298 301
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX	730	730	6 680
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			1 500
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14		XXXX	492 686	492 686	(513 140)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15		69 950	XXXX	69 950	(72 015)
Acquisition de frais payés d'avance	16		(199 446)		(199 446)	6 590
Utilisation de stocks de fournitures	17			XXXX		
Utilisation de frais payés d'avance	18					
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		(129 496)		(129 496)	(65 425)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20		(1 285 546)	1 285 546	0	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21		43 231	2 499 634	2 542 865	(32 102)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(32 444 239)	(173 734)	(29 727 640)	(29 901 374)	(32 444 239)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit)	1	2 179 675	546 463

ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:

Créances douteuses	2	9 889	7 668
Provisions liées aux placements et garanties de prêts	3		
Stocks et frais payés d'avance	4	(129 496)	(65 425)
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	5	730	6 680
Perte (Gain) sur disposition de placement	6		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	7		
- Autres	8	(8 306)	(228 853)
Amortissement des immobilisations	9	2 226 943	2 298 301
Réduction de valeur des immobilisations	10		
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	11		
Amortissement de la perte(gain) de change reporté	12		
Amortissement de l'escompte et de la prime	13		
Autres	14		(837 887)
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.14)	15	2 099 760	1 180 484
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	16	(2 751 769)	2 762 881
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement (L.01 + L.15 + L.16)	17	1 527 666	4 489 828

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS

Immobilisations:

Acquisitions	18	(1 734 987)	(2 819 622)
Produits de disposition	19		1 500
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations (L.18 + L.19)	20	(1 734 987)	(2 818 122)

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT

Variation des placements de portefeuille:

Placements effectués	21		
Produit de disposition et de rachat de placements	22		
Placements réalisés	23		
Variation d'autres éléments:			
Subvention à recevoir - Réforme comptable	24	(1 506 365)	425 817
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement (L.21 à L.24)	25	(1 506 365)	425 817

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

ACTIVITÉS DE FINANCEMENT

Exercice courant
1 Exercice précédent
2

VARIATION DES DETTES:

Emprunts effectués - Dettes à long terme	1	4 297 114	12 102 016
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2		
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(1 409 230)	(1 254 374)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4		(11 368 683)
Capitalisation de l'escompte et de la prime	5		
Capitalisation des gains ou pertes de change	6		
Variation des emprunts temporaires effectués - fonds d'exploitation	7		
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	8	2 649 694	1 555 820
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	9		
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	10	(3 070 113)	(2 048 106)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	11		

VARIATIONS D'AUTRES ÉLÉMENTS:

Fonds d'amortissement du gouvernement	12		
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités de financement (L.01 à L.12)	13	2 467 465	(1 013 327)

AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE
(P.208-00, L.17+L.20+L.25 + P.208-01, L.13):

	14	753 779	1 084 196
--	----	---------	-----------

TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT

	15	1 583 847	1 034 966
--	----	-----------	-----------

TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)

	16	2 337 626	2 119 182
--	----	-----------	-----------

TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:

Encaisse	17	2 337 626	2 119 182
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
TOTAL (L.17 + L.18)	19	2 337 626	2 119 182

AUTRES RENSEIGNEMENTS:

IMMOBILISATIONS:

Comptes à payer sur les immobilisations	20	126 487	1 430 705
---	----	---------	-----------

INTÉRÊTS:

-Intérêts créditeurs (revenus)	21	33 430	17 102
-Intérêts encaissés (revenus)	22	33 430	16 930
-Intérêts débiteurs (dépenses)	23	1 171 667	1 086 206
-Intérêts déboursés (dépenses)	24	1 116 430	1 327 099

PLACEMENTS TEMPORAIRES

Échéance inférieure ou égale à 3 mois:

- Solde au 31 mars de l'exercice précédent	25		
- Solde au 31 mars de l'exercice courant	26		

Échéance supérieure à 3 mois:

- Solde au 31 mars de l'exercice précédent	27		
- Placements effectués	28		
- Placements réalisés	29		
- Solde au 31 mars de l'exercice courant (L.27 + L.28 - L.29)	30		

VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
AVOIRS FINANCIERS:			
Espèces, effets en main et dépôts en circulation	1		(14 639)
Débiteurs Agence-MSSS	2	1 293 773	(10 499)
Autres débiteurs	3	(226 251)	45 548
Créances interfonds et interétablissements	4		
Intérêts courus à recevoir sur placement	5		
Frais reportés liés aux dettes	6	8 720	(57 551)
Autres éléments d'actifs	7	89 760	75 480
Provision pour créances douteuses	8	(9 889)	(7 668)
Escompte ou prime	9		
Chèques en circulation	10		549 954
Créditeurs Agence-MSSS	11		
Autres créditeurs et frais à payer	12	(1 530 490)	740 041
Intérêts courus à payer sur emprunts	13	55 237	(240 892)
Avance de fonds en fidéicommiss	14		
Transfert du gouvernement du Canada à rembourser	15		
Dettes interfonds et interétablissements	16		
Provision pour perte sur les interventions financières garanties	17		
Revenus reportés à court terme	18	(1 120 123)	99 379
Passifs environnementaux	19		
Avances en provenance des agences - enveloppes décentralisées	20	(1 113 277)	1 508 721
Autres éléments de passifs	21	(199 229)	75 007
Excédent des éléments du passif sur les avoirs financiers reliés au fonctionnement (L.01 à L.21)	22	(2 751 769)	2 762 881

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Numéro

Note

Note 1. - Statuts et nature des opérations

11

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S 4.2). Il a pour mandat de promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population du territoire du Centre de santé et de services sociaux de Matane en orchestrant les soins de santé et les services sociaux, en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes.

Le siège social du centre est situé au 333 Thibeault, Matane. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de la Matanie.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu.

Note 2. - Description des principales méthodes comptables**Référentiel comptable**

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

12

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée dans le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel ou à la note complémentaire 11.

Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passés aux résultats au fur et à mesure que l'établissement bénéficiaire rencontre les stipulations.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement.

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements font partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont prises en charge par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés sous la responsabilité de l'établissement, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'il en est informé.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement. La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec, ce dernier ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que leurs variations survenues au cours de l'exercice 2013-2014.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se rapportent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu du fait que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont prises en charge par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations et les actifs non financiers, de par leur nature, sont employés normalement pour fournir des services futurs. Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût.

Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition avec contrepartie aux revenus reportés, à l'exception des terrains où la contrepartie est constatée aux revenus dans l'année d'acquisition. Les contributions pour l'acquisition d'immobilisations sont comptabilisées aux revenus reportés, à l'exception de celles destinées à l'achat de terrains qui sont constatées aux revenus dans l'année d'acquisition. Les revenus reportés sont amortis aux revenus au même rythme que l'amortissement du coût des immobilisations correspondantes

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériel et équipement	3 à 15 ans
Équipement spécialisé	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des débours effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement consomme effectivement le service.

Stocks

Les stocks sont évalués au moindre du coût et de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen, excepté les stocks du bloc opératoire et du laboratoire, dont le coût est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif.

Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Instruments financiers

La norme comptable SP 3450 « Instruments financiers » du Manuel de comptabilité de CPA-Canada pour le secteur public, implique l'évaluation à leur juste valeur des instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif. La variation annuelle des justes valeurs de ces instruments financiers engendre des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier appelé État des gains et pertes de réévaluation, jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente. Les autres instruments financiers sont évalués au coût ou au coût après amortissement, sauf si l'établissement choisit de les désigner dans la catégorie des instruments financiers évalués à la juste valeur.

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le MSSS détermine le format du rapport financier annuel applicable aux établissements. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2014, le MSSS a convenu de ne pas inclure l'état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur, étant donné les limitations imposées par la LSSSS en ce sens.

L'établissement ne détient pas au 31 mars 2014 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et, par conséquent, il n'y a pas de gain ou de perte de réévaluation.

Comptabilité par fonds

Aux fins de présentation du rapport financier annuel, les établissements utilisent un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des établissements est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);
- Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

Classification des activités

La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence;

- Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les établissements dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Subdivisions des activités accessoires

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial :

- Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc.;
- Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités.

Un centre d'activités ou un sous-centre d'activités peut être appelé à mesurer ses données selon une ou deux unités de mesure, l'unité A et l'unité B. La définition des unités de mesure et le mode de compilation sont précisés dans chaque centre et sous-centre d'activités. Leur compilation permet à l'établissement d'établir un coût unitaire de production de produits ou de services relié aux coûts directs bruts ajustés lorsque l'on se réfère à l'unité A, alors que l'unité B permet de déterminer un coût unitaire de consommation, relié aux coûts directs nets ajustés.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation de l'agence.

L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

Note 3. - Présentation des données budgétaires

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes conventions comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont celles relatives au fonds d'exploitation adoptées par le conseil d'administration le 25 avril 2013.

Les éléments suivants ont eu pour effet de modifier le budget adopté initialement de façon importante au cours de l'exercice :

Subventions Agences et MSSS

Transferts pour le FDI	1 285 546,00 \$
Revenus=dépenses, comptabilisation extra comptable	716 555,00 \$
FDI: non prévu au budget	3 478 781,00 \$
Nouvelles dépenses financées	601 984,00 \$
Production chirurgicale-coupures	(365 477,00) \$
Indexation spécifique-dépenses moindres	(139 993,00) \$
Financement supplémentaire	331 066,00 \$
Autres	<u>350 124,00 \$</u>
	6 258 586,00 \$

Rétributions versées aux RNI

Erreur dans la conception du RR-446 (mis dans la ligne «autres charges»)

Le budget aurait dû être de 2 064 877\$.

Donc, écart réel de 46 706\$.

Amortissement de immobilisations

Le budget ne tient pas compte du fonds d'immobilisations.

Autres charges

Erreur dans la conception du RR-446 (rétributions mises dans la ligne «autres charges»)

Le budget des autres charges aurait dû être de 7 161 276\$.

Donc, écart réel de 24 341\$.

Note 4. - MODIFICATION COMPTABLE

Fonds d'immobilisations - Rectification de la subvention à recevoir Écart de financement réforme comptable des exercices antérieurs

Dû à une mauvaise interprétation de la part de l'établissement dans les exercices antérieurs, le montant de la subvention à recevoir n'était pas comptabilisée adéquatement. Comme cet ajustement est significatif, il est considéré comme une correction d'erreur.

14

Cet ajustement, appliqué rétroactivement sans retraitement des données comparatives, a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants:

	2014	2013
Subvention à recevoir Écart de financement réforme comptable	716 340,00 \$	(536 332,00) \$
Surplus cumulés à la fin	716 340,00 \$	(536 332,00) \$
Surplus de l'exercice	716 340,00 \$	(536 332,00) \$

L'effet de cet ajustement est présenté à la page 407.

Note 5. - Périmètre comptable

Lors du décès d'un parent d'employé, l'établissement verse 25 \$ de dons à la Fondation de l'Hôpital de Matane inc. Relativement à ce programme, au 31 mars 2014, l'établissement a versé une somme totalisant 225\$ et il a une somme de 50\$ à payer.

L'établissement a aussi participé à des activités de financement de la Fondation. Les coûts d'inscription ont été de 540\$.

La Fondation a financé plusieurs activités du fonds d'exploitation pour un montant de 2 646\$, somme à recevoir au 31 mars 2014.

15

La Fondation a participé au financement de l'acquisition d'immobilisation pour une somme de 83 163 \$. Au 31 mars 2014, une somme de 84 048 \$ est à recevoir de la part de la Fondation.

Au 1er avril 2007, l'établissement a transféré l'exploitation du stationnement de l'hôpital à la Fondation. En contrepartie, la Fondation verse des revenus de location et de gestion à l'établissement. En 2013-2014, les revenus de location se sont élevés à 117 842\$ et les revenus de gestion, à 92 669\$. Au 31 mars 2014, le compte à recevoir de la part de la Fondation est de 148 693\$ et le compte à payer de 63 918\$.

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'établissement est apparenté avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec

ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

Note 6. - Obligations contractuelles

16 Les engagements reliés à des contrats d'entretien et informatiques, à des contrats avec des ressources intermédiaires et de type familial, à des contrats de photocopieurs (coûts par copie) et à trois baux locatifs s'élèvent à 4 764 518\$ et viennent à échéance jusqu'en 2019.

De plus, l'établissement était engagée au 31 mars 2014 pour des immobilisations d'une valeur totale de 31 040\$.

Note 7. - Éventualités

En avril 2014, l'établissement a reçu une requête pour une action en dommages et intérêts.

17 Dans ce dossier, l'établissement est représentée par notre association d'établissements, l'AQESSS.

Le montant que l'établissement pourrait encourir est la franchise d'assurance d'un montant de 7 500\$ qui a été comptabilisée aux livres.

Note 8. - Maintien de l'équilibre budgétaire

18 En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses dépenses en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'année financière.

Selon les résultats fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2014, l'établissement a respecté cette obligation légale.

Note 9. - Information complémentaires aux risques financiers

19 L'établissement est exposé à divers risques par le biais de ses instruments financiers. La direction a mis en place des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels.

Risque de crédit

L'établissement est exposé au risque de crédit relativement aux actifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière. L'établissement a déterminé que les actifs financiers l'exposant davantage au risque de crédit sont les autres débiteurs, étant donné que le manquement d'une de

ces parties à ses obligations pourrait entraîner des pertes financières importantes pour l'établissement.

Le risque de crédit relatif à l'encaisse est considéré comme négligeable puisqu'elle est détenue dans une institution financière reconnue dont la notation externe de crédit est de bonne qualité

Risque de liquidité

Le risque de liquidité de l'établissement est le risque qu'il éprouve des difficultés à honorer des engagements liés à ses passifs financiers L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement à l'ensemble des passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière.

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	42 516 581	45 110 562	185 824	45 296 386	43 654 993
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2					
Contributions des usagers (P301)	3	2 459 760	2 560 621	XXXX	2 560 621	2 477 284
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	214 950	273 024	XXXX	273 024	810 229
Donations (C2:P290/C3:P291)	5		2 646		2 646	3 713
Revenus de placement (P302)	6		27 183		27 183	13 322
Revenus de type commercial (P351)	7	244 000	XXXX	43 653	43 653	40 889
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	113 980	257 127	210 510	467 637	405 110
TOTAL (L.01 à L.11)	12	45 549 271	48 231 163	439 987	48 671 150	47 405 540

CHARGES

Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	32 586 364	32 900 256	166 885	33 067 141	32 547 602
Médicaments (P750)	14	1 805 023	1 697 855	XXXX	1 697 855	1 793 172
Produits sanguins	15		611 432	XXXX	611 432	512 100
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	1 326 578	1 287 469	XXXX	1 287 469	1 244 210
Denrées alimentaires	17	553 963	558 933	XXXX	558 933	538 120
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	53 000	2 111 583	XXXX	2 111 583	2 015 371
Frais financiers (P325)	19	20 659		XXXX		
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	497 395	654 254	49 678	703 932	1 220 686
Créances douteuses (C2:P301)	21		9 889		9 889	7 668
Loyers	22		36 277	5 482	41 759	41 334
	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	9 226 153	7 034 914	87 970	7 122 884	6 599 764
TOTAL (L.13 à L.24)	25	46 069 135	46 902 862	310 015	47 212 877	46 520 027
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	(519 864)	1 328 301	129 972	1 458 273	885 513



ANNEX 2

CONSEIL D'ADMINISTRATION
M. Louis Pelletier, président

- Comité de vérification
- Comité de vigilance et de la qualité
- Comité d'évaluation
- Comité d'éthique
- Comité de révision
- Comité administratif

- Comité de gestion des risques
- Comité de prévention et contrôle des infections
- Comité de direction (projets cliniques et optimisation)
- Comité éthique clinique

M. Jacques Deschênes
COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES
ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Dr Serge Gravel
MÉDECIN EXAMINATEUR

- CNDP
- CII
- CM
- Comité des usagers

Plan d'organisation 2012-2015
Adopté par le conseil d'administration
Le 18 octobre 2012

M^{me} Nicole Morin
DIRECTION GÉNÉRALE

M^{me} Mélissa Richard
Conseiller aux communications
et aux affaires publiques

Poste vacant

Responsable de la qualité, de la gestion intégrée
des risques, de l'éthique et de l'optimisation

Poste vacant

DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES,
TECHNIQUES ET INFORMATIONNELLES

- Informatique
- Sécurité des actifs
informationnels

M. Luc Guilbeault

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
ET DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL

- Liste de rappel • Dével. res. hum.
- Avantages sociaux
- Rémunération • Dotation

Gestion de la contribution
et reconnaissance

M. Wayne Grant
CONSEILLER EN G. R. H.

- Relations de travail • PMO
- Organisation travail

M. Yannick Raymond
CONSEILLER EN SST

- Assurance salaire • CSST
- Prévention

D^{re} Annie Davaie

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET
HOSPITALIERS

M^{me} Julie Lagacé
CHEF PHARMACIE

- Pharmacie

Poste vacant

COORDONNATEUR DES
SERVICES DIAGNOSTIQUES
et adjoint à la DSPH

- Centre de prélèvements
- Imagerie médicale
- Inhalothérapie
- Laboratoire

- Organisation des services médicaux
- Affaires médicales
- Recrutement médical
- Support CNDP
- Support GMF
- Clientèle orpheline
- Soins palliatifs (co-gestion)
- Gestion des lits et des épisodes de soins/liaison
- Transferts, transports

M^{me} Julie Dumouchel-Deschênes

COORDONNATEUR
SERV. FINANCIERS

- Analyse financière
- Approvisionnements
- Budget
- Comptabilité

M. François Dubé

COORDONNATEUR
SERV. TECHNIQUES

- Biomédical
- Buanderie
- Entretien général
- Sécurité
- Téléphonie
- Sécurité civile

M^{me} Isabelle Quellet

COORDONNATEUR
SERV. R. / ARCH. / D. C.

- Accueil / Admission
- Analyse données cliniques
- Archives médicales
- Centrale de rendez-vous
- Consultations ext.

M. Christian Quellet

COORDONNATEUR
SERV. ALIM. ET H. S.

- Alimentation
- Hygiène
et salubrité

M^{me} Esther Otis

DIRECTION DE LA SANTÉ
PHYSIQUE

- Guichet
d'accès

M. Éric Tremblay

COORDONNATEUR DES
SERVICES AUX CLIENTÈLES
HOSPITALISÉES

- Unité de courte durée :
- Unité de chirurgie
- Obstétrique
- Unité de médecine
- Gériatrie
- Pédiatrie

M^{me} Louise Gagné

COORDONNATEUR DES
SERVICES
AMBULATOIRES

- Urgence
- Unité de soins intensifs
- Bloc opératoire/Stérilisation
- Chirurgie d'un jour
- Endoscopie
- Consultations externes

M^{me} Julie Sutton

ADJOINTE À LA DIRECTION DES PROGRAMMES ET DES
SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE ET
À LA COMMUNAUTÉ

M. Réal Langlois

COORDONNATEUR DU
MAINTIEN DANS LE MILIEU

- Soutien à domicile (SIC pis de services)
- Résidences privées
- Points de services : BDS/Méchins
- FAPH
- Centre de jour
- UTRF
- Réadaptation physique

M^{me} Suzanne Bérubé

DIRECTION DES PROGRAMMES ET DES
SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE
D'AUTONOMIE ET À LA COMMUNAUTÉ

- Immunisation
- ITSS Planning
- Enfance jeunesse famille
- Santé publique et SST
- Nutrition clinique
- Support CM et pratique
multidisciplinaire

M^{me} Marie-Hélène Fillion

COORDONNATEUR DES
SERVICES D'HÉBERGEMENT

- Centre d'hébergement et de soins
de longue durée (CHSLD)
- Ressources non institutionnelles
(RI et RTF)
- Thérapie par l'occupation
- Bénévolat
- Comité des résidents
- Pastorale

M^{me} Thérèse Gagné

COORDONNATEUR des
Services psychosociaux

- Services psychosociaux
- DI-DP-TED
- Curateur public
- Santé mentale et dépendance
- Encadrement clinique

M^{me} Danielle Savard

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

- Encadrement clinique soins infirmiers
- Prévention et contrôle des infections
- Support CII
- Infirmière praticienne spécialisée
- GMF
- Maladies chroniques
- Programme de lutte contre le cancer
- Soins infirmiers courants
- Médecine de jour



ANNEX 3

Planification stratégique 2011-2015

ENJEU N° 1 : ORGANISATION, ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
1.1 Améliorer l'accessibilité et la fluidité des services de première ligne	✓ Développer un guichet d'accès	- Cadre de référence	Identifier les acteurs	DSPH.
Résultat au 31 mars 2014 :				
1.2 Implanter le projet des services intégrés de première ligne pour les personnes atteintes de maladies chroniques et leurs proches	✓ Arrimer le programme-cadre à la communauté	- Programme-cadre	Déploiement interne et externe	Danielle S.
	✓ Consolider les différentes équipes interdisciplinaires	- Un représentant du CSSS en maladies chroniques à la Table Cosmoss	Représentativité à la Table Cosmoss	Danielle S.
	✓ Se doter d'un programme-cadre pour l'ensemble des programmes-clientèles			
Résultat au 31 mars 2014 :				
<ul style="list-style-type: none"> • Projet de services intégrés de première ligne pour les personnes atteintes de maladies chroniques implanté, mais poursuite d'activités de consolidation afin d'optimiser le continuum de soins pour cette clientèle. • Dans le cadre d'un partenariat avec GlaxoSmithKline qui s'est terminé en décembre 2013, il y a eu intégration de l'inhalothérapeute en GMF pour la prise en charge de la clientèle atteinte d'asthme et MPOC. Les résultats ont été forts positifs et appréciés tant pour la clientèle que pour l'équipe médicale tels que l'ajustement de traitement, plan d'action, diagnostic confirmé, etc. Considérant les résultats, les médecins ont accepté de maintenir la présence de l'inhalothérapeute à raison de 1 fois/mois en GMF. • Participation d'un intervenant en maladies chroniques à la table locale de santé publique. 				

ENJEU N° 1 : ORGANISATION, ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
1.3 Développer une approche intégrée des services en périnatalité	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implanter AMPRO ✓ Établir un mode de fonctionnement à l'intérieur du CSSS 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnel infirmier et médical ayant reçu la formation - Le nombre de rencontres 	<ul style="list-style-type: none"> - Le nombre de personnes formées - Le nombre de rencontres - Calendrier de rencontres 	DSPH
<p>Résultat au 31 mars 2014 :</p> <p>Le module 3 « Modifier la culture » est complété. Les infirmières et les médecins sont engagés et motivés dans la réalisation de cette approche multidisciplinaire de prévention des risques obstétricaux. Il y aura une continuité des réunions malgré l'arrêt temporaire du programme AMPRO et les réunions en périnatalité.</p> <p>Des rencontres structurées sont établies avec les infirmières du CLSC et l'hôpital, les infirmières et les médecins du GMF afin d'optimiser les services dans le continuum prénatal jusqu'au postnatal.</p>				
1.4 Intégrer les services en santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Améliorer l'intégration des pratiques cliniques en harmonisant les pratiques professionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Procédures - Outils standardisés 	Déploiement de PII	DSPC
<p>Résultat au 31 mars 2014 :</p> <p>Pour l'urgence, la coordonnatrice des services psychosociaux assiste aux rencontres mensuelles des assistantes de l'urgence afin d'améliorer constamment les processus de service à la clientèle de santé mentale se présentant à l'urgence.</p> <p>Les cibles de l'entente de gestion ne sont pas atteintes. Nous devons accentuer les moyens pour rejoindre ce type de clientèle. Donc, le nombre de PII n'a pas atteint l'objectif.</p>				

ENJEU N° 1 : ORGANISATION, ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
1.5 Améliorer l'intégration et la coordination des services offerts aux personnes en perte d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer l'approche gériatrique en soins de courte durée et à l'urgence (projet OPTIMAH) ✓ Consolider le continuum de services/Processus séquentiel 	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs OPTIMAH : ✓ Proportion des patients 75 ans + pour qui le plan de travail des préposés aux bénéficiaires comprend au moins une directive en lien avec les interventions personnes AINÉES; ✓ Proportion des patients 75 ans et + et capables de marcher avec aide au corridor qui ont fait au moins une séance de marche (min. 5 min) au corridor dans la journée (jour-soir) en plus de la séance de physiothérapie; 	Diminution de 5 %	DSPH

Résultat au 31 mars 2014 :

- ✓ L'approche adaptée à la clientèle hospitalisée est en voie de réalisation. Le programme de marche et la formation ont été réalisés et se consolideront en 2015.
- ✓ Le repérage pour les personnes de 75 ans et plus (PRISMA) est fait systématiquement à l'urgence et les secteurs psychosociaux du CLSC en assurent le suivi.
- ✓ Une procédure de planification lors d'un congé de l'hôpital vers le centre d'hébergement/l'UTRF/ressource intermédiaire est élaborée et précise les rôles et responsabilités ainsi que les modalités entourant les soins et services.

ENJEU N° 1 : ORGANISATION, ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
1.6 Consolider l'organisation des services en soins palliatifs de fin de vie	✓ Développer un cadre de référence	- Diffusion du cadre de référence	Équipe interdisciplinaire dédiée	Suzanne B. Annie L.

Résultat au 31 mars 2014 :

Un programme de soins palliatifs a été élaboré. L'actualisation est prévue pour l'automne 2015, tant à domicile, en centre d'hébergement qu'à l'hôpital. Un projet de regroupement des lits dédiés aux soins palliatifs à l'unité du 5^e est déposé afin de faciliter un environnement favorable à la clientèle et leur famille ainsi que favoriser une approche de soins et services centrée sur leurs besoins. L'analyse sera faite en 2015.

Rédaction terminée du programme en soins palliatifs. Consultation à venir avant l'implantation.

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
2.1 Planter un plan d'amélioration continue de la qualité des soins et services et de la gestion des risques	✓ Actualiser la gestion intégrée des risques de façon à cerner, à signaler et à évaluer les risques et à améliorer la sécurité des clientèles et du personnel	- Nombre de formulaires colligés; - Nombre de mécanismes mis en place	100 % des formulaires saisis dans les 90 jours suivant la déclaration	Gestionnaire des risques et collaboration des gestionnaires
	✓ Sensibiliser l'ensemble du personnel à l'importance de signaler toute situation pouvant présenter un risque potentiel et réel d'accident/incident	- Nombre de personnes rejointes par la formation;	100 % gestionnaires et 85 % employés	Gestionnaire des risques
	✓ Analyser et communiquer les résultats des activités d'amélioration de la qualité à toutes les personnes concernées dans l'établissement	- Tableau de bord;	Rapport trimestriel et production d'un bilan annuel	Gestionnaire des risques en collaboration avec le comité de la gestion des risques
	✓ Développer un programme d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins et des services	- Programme disponible	2014	
	✓ Déployer dans l'établissement des outils cliniques reconnus d'évaluation et de suivi pour les clientèles visées (indicateur : ordonnances collectives, PI et PTI)	- Nombre d'ordonnances collectives et plan d'intervention (PI);	25 ordonnances collectives annuelles en plus du	Gestionnaires

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Maintenir la surveillance des taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale en deçà des seuils établis ainsi que pour la surveillance régionale et locale ✓ Constituer les équipes d'agrément en équipe de qualité permanente et leur conférer un rôle central de soutien aux programmes et amélioration continue de la qualité ✓ Assurer la formation continue selon les priorités organisationnelles et maintenir le développement des compétences malgré les contraintes budgétaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'incidence des infections nosocomiales inférieur ou égal au taux établi - Nombre d'équipe d'agrément; - Plan de formation annuelle; 	<p>processus de révision PI selon l'entente de gestion</p> <p>Entre 85 % et 100 % pour chaque type de surveillance</p>	<p>Marie-Ève Martin Saint-Pierre en collaboration avec le gestionnaire des risques</p> <p>Gestionnaire de l'agrément</p> <p>Luc G. en collaboration avec les gestionnaires</p>

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
	✓ Maintenir et développer des programmes de soutien clinique afin d'assurer le transfert des compétences (préceptorat, externat, mentorat, etc.) ou toute autre forme de soutien clinique	- Nombre de catégories d'emploi concerné	Augmentation pour les catégories et plus spécifiquement pour type de personnel à précarité d'emploi	Luc G, Annie L. et Danielle S., en collaboration avec les gestionnaires

Résultat au 31 mars 2014 :

- Le programme « AMPRO » sur la sécurité des usagers est réalisé avec succès. La démarche dans le maintien d'une culture de sécurité se poursuit avec l'équipe interdisciplinaire (médecins-infirmières) afin de prévoir et d'atténuer les risques potentiels, maintenir la vigilance, modifier les pratiques de soins, etc.
- Les rencontres d'équipe, des assistantes du supérieur immédiat et des employés contribuent directement à l'amélioration de la qualité de soins et services dispensés.
- L'analyse rétrospective des dossiers des accouchées permet d'évaluer nos forces et faiblesses et d'apporter les correctifs.
- La formation des employés (PDRH) est une voie d'accès pour l'amélioration continue de la qualité.
- Maintien des taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieure aux seuils établis (diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD) et bactériémies à staphylococcus aureus résistant à la méthicilline).
- Taux d'infections nosocomiales faisant l'objet de surveillance locale sous contrôle (staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM), entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), bactériémies, écloison grippe saisonnière et gastro-entérite).
- Élaboration de projet pour maintenir les programmes d'externat, de mentorat et de préceptorat en place. Pour l'été 2014, recrutement de 5 candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) et 6 externes.

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
2.2 Rendre disponible un plan de mesures d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise à jour et diffusion du plan de mesures d'urgence ✓ Mettre en place des exercices de pratique dans les trois installations 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de mesures d'urgence disponible dans toutes les directions - Nombre de personnes ayant reçu la formation - Nombre d'exercices faits par année 	2012 100 % du personnel d'ici 2015 1 exercice/installation/année	Gestionnaire responsable des mesures d'urgence Gestionnaires responsables des mesures d'urgence en collaboration avec les gestionnaires

Résultat au 31 mars 2014 :

Le Plan est disponible dans chaque direction. Une Valise de garde informatisée est accessible à distance 24/7 et des versions papier des protocoles sont disponibles dans la valise du gestionnaire de garde, dans les postes de commandement des installations et dans le centre de coordination des mesures d'urgence (2311). Le CPMU (comité de planification des mesures d'urgence s'est réuni à deux reprises pour discuter des événements vécus et pour élaborer le calendrier des activités de mesures d'urgence de l'année. Des schémas de mise en alerte des principaux codes ont été élaborés et diffusés. 19 présentations de la structure des mesures d'urgence de l'organisation ont été réalisées auprès de plus de 150 employés. Une formation de formateurs en mesures d'urgence est planifiée en juin 2014. L'exercice d'évacuation annuelle a eu lieu au site CLSC en septembre 2013.

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
2.3 Assurer la sécurité informationnelle	✓ Élaboration du plan directeur de la sécurité des actifs informationnels	- Adoption du plan directeur par le comité de direction et le C. A.	2012	Pierre D.
	✓ Assurer l'accès, la circulation et l'intégration des renseignements cliniques dans un continuum de services (CSSS, GMF, cliniques médicales, coopérative de santé, etc.)	- Mise à niveau annuelle des applicatifs déployés DSQ	2015	Pierre D.
	✓ Se doter de moyens de contrôle pour assurer la surveillance des règles de confidentialité	Mécanisme de surveillance et contrôle statutaire des accès aux banques de données (journalisation)	2012	Pilote local dans les applicatifs
	✓ Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles (ex : gestion des projets) afin de s'assurer de l'utilisation optimale des ressources et la mise en place de meilleures pratiques	Mise à niveau annuelle des utilisateurs du système	Augmentation	Pierre D.

Résultat au 31 mars 2014 :

Élaboration du plan directeur de la sécurité des actifs informationnels : La cible est changée pour l'année 2015 et les responsables seront Pierre Ducasse et Jocelyn Deschênes :

- ✓ Se doter de moyens de contrôle pour assurer la surveillance des règles de confidentialité : Les responsables sont les pilotes locaux dans les applicatifs;
- ✓ Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles (ex : gestion des projets) afin de s'assurer de l'utilisation optimale des ressources et la mise en place de meilleures pratiques : La cible est : Un accroissement constant dans les pratiques des professionnels par l'utilisation d'outils performants.

ENJEU N° 3 : RESSOURCES HUMAINES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
3.1 Assurer une gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Connaître l'état de situation de sa main-d'œuvre (portrait, comportements, absences, départs, congés de longue durée, etc.) ✓ Évaluer les besoins sur trois ans (actions et indicateurs : présentation annuelle des données à l'ensemble des gestionnaires) 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'absentéisme; - Taux de rétention; - Taux d'assurance-salaire; - Taux de CSST; - Estimation des retraites; - Écart entre les besoins et l'offre de main-d'œuvre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Respect des cibles MSSS (taux); - Élaborer une PMO au 31 mars de chaque année. 	DRHDO
Résultat au 31 mars 2014 : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Plan prévisionnel de main-d'œuvre 2013-2014 à jour ✓ Recrutement en lien avec la PMO (pharmacien, physiothérapeute, CEPI, T.S., etc.) ✓ Présentation du plan de main-d'œuvre pour les 3 prochaines années à l'ensemble des gestionnaires ✓ Mise en place d'un programme de relève des cadres 				
3.2 Mettre en place des stratégies et de rétention des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Améliorer le processus de dotation en qualité et quantité ✓ Identifier les problématiques reliées à l'embauche et aux départs (actions et indicateurs : politique de dotation, nombre de visites dans les maisons d'enseignement (promotion), accueil des stagiaires, mettre en place des entrevues de départ pour en connaître les raisons 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité de vie au travail; - Taux d'attraction et de rétention; - Nombre de postes vacants; - Questionnaire sur la satisfaction des stagiaires; - Nombre de visites dans les établissements scolaires; - Nombre d'étudiants embauchés (PAB, externes, CEPI, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre le pouls aux trois ans (questionnaires auprès des employés, agrément). 	DRHDO

ENJEU N° 3 : RESSOURCES HUMAINES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
Résultat au 31 mars 2014 : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Déploiement de la politique de dotation; ✓ Élaboration d'une stratégie de recrutement; ✓ Présence soutenue au cégep de Matane, UQAR et au CFP de Matane; ✓ Activités de fidélisation des étudiants du cégep; ✓ Révision des processus et des critères de sélection pour l'ensemble des titres d'emploi; ✓ Révision du matériel d'entrevue en continue; ✓ Élaboration d'une politique et d'une demi-journée d'accueil (en cours); ✓ Intervention auprès des employés sur l'importance de l'accueil de nos nouvelles ressources en termes de rétention (rencontre d'équipe d'employés (passerelle); ✓ Entrevues de départ; ✓ Utilisation soutenue du site internet de l'établissement; ✓ Programme de remboursement des frais de scolarité (bac inf.); ✓ Maintien des horaires atypiques (horaire de 12 h); ✓ Élimination des heures en main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers; ✓ Élaboration d'un programme d'accès à l'égalité en conformité avec les lois et règlements en vigueur. 				
3.3 Gérer de façon efficiente la présence au travail	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestion médico-administrative ✓ Prévention ✓ Gestion de l'absentéisme et du présentéisme (action et indicateurs: suivi du taux d'absentéisme, atteinte des cibles du MSSS, remettre sur pied du comité paritaire, PDSB, suivi des événements incidents et accidents) 	<ul style="list-style-type: none"> • Former en sélection de personnel l'ensemble des gestionnaires; • Nombre de gestionnaires formés; • Taux de présence ou d'absentéisme au travail; • Taux d'accident (incidence et gravité); • Investissement en pré-vention. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cible du MSSS en assurance-salaire; - Taux d'unité de CSST; - Trois rencontres/année pour le CPSST 	DRHDO

ENJEU N° 3 : RESSOURCES HUMAINES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
Résultat au 31 mars 2014 : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestion médico-administrative rigoureuse; ✓ Taux d'assurance salaire record des 10 dernières années à 5.94% en lien avec une cible du MSSS de 6.78%; ✓ Fermeture du dossier d'intervention ciblée avec la CSST; ✓ Réduction des réclamations en CSST, diminution de notre taux à prévoir; ✓ Maintien de notre taux de présence au travail et utilisation accrue de nos talents par le biais de retour progressif et assignation temporaire; ✓ Embauche d'un agent de gestion du personnel, volet prévention en santé et sécurité au travail; ✓ Consolidation du comité paritaire en santé et sécurité au travail; ✓ Révision de la stratégie d'action au niveau du principe de déplacement des bénéficiaires et des charges; ✓ Intervention ergonomique sur différents postes de travail; ✓ Disponibilité du logiciel Ergo bureau via intranet; ✓ Élaboration d'indicateurs fiables en santé et sécurité du travail. 				
3.4 Participer et contribuer à l'amélioration des conditions d'exercice	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organisation du travail ✓ Climat de travail ✓ Qualité de vie au travail ✓ Reconnaissance ✓ Support aux cadres : information et formation aux cadres (action et indicateurs : horaire de 12 heures, intégration des infirmières auxiliaires, questionnaire sur la mobilisation du personnel (agrément), taux de participation aux activités, formation et dotation et le taux de rétention) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de projets; • Sondage agrément; • Nombre d'activités; • Taux de participation aux activités; • Nombre d'activités de formation et d'information à l'intention des cadres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration continue; - 2 activités par année pour l'ensemble du personnel; - 1 activité par année à l'intention des gestionnaires. 	DRHDO

ENJEU N° 3 : RESSOURCES HUMAINES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
<p>Résultat au 31 mars 2014 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Participation à divers projets d'organisation du travail (buanderie, hygiène et salubrité, services psychosociaux, guichet d'accès); ✓ Maintien d'un plan de développement des ressources humaines informatisé (suivi, bilan, etc.); ✓ Maintien des horaires de 12 heures à l'urgence; ✓ Application de la politique visant à éliminer la violence et le harcèlement au travail; ✓ Contribution significative en termes de mobilisation du personnel et à l'amélioration du climat de travail; ✓ Collaboration à divers projets d'optimisation locaux et régionaux; ✓ Relocalisation des services de remplacement - liste de rappel; ✓ Contribution positive à la démarche d'agrément. 				

ENJEU N° 4 : RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
4.1 Doter l'établissement d'un plan directeur immobilier	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Constituer les comités de travail représentatifs des services cliniques et administratifs du CSSS ✓ Procéder à une consultation et à un inventaire des besoins ✓ Établir les priorités ✓ Diffuser les résultats et assurer le suivi 	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontres réalisées - Inventaire réalisé - Résultats connus - Créer une liste des priorités 	PDII réalisé	DRFTI Tous les gestionnaires
Résultat au 31 mars 2014 :				
Un PDCI (plan directeur clinique et immobilier) est en développement et permettra de planifier l'évolution de l'organisation et les investissements immobiliers en lien avec les besoins de la population et l'évolution démographique.				
4.2 Maintenir les installations et les équipements afin qu'ils répondent aux besoins des secteurs cliniques, soutien et administratifs en lien avec une prestation sécuritaire de services	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Élaborer et diffuser les cadres de gestion : <ul style="list-style-type: none"> • Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière • Plan de conservation des équipements médicaux et plan de conservation des équipements non mobilier et mobilier ✓ Réaliser les projets inscrits au PCFI ✓ Se doter des outils supportant la maintenance préventive des actifs immobiliers et mobiliers ✓ Implanter les lignes directrices en hygiène et salubrité 	<ul style="list-style-type: none"> - Diffuser PCFI au comité de gestion 1 fois/an; - Responsables/rencontres régulières des gestionnaires cliniques et diffusion au comité de gestion - Projets réalisés - Acquérir et implanter le logiciel (démarche régionale) 	Cadres de gestion connus Améliorer l'entretien et maintenir l'entretien des installations	DRFTI.
Résultat au 31 mars 2014 :				
Les plans sont élaborés et un état de situation sur l'avancement des projets en cours est fait aux gestionnaires à chaque comité de gestion. 6 des 7 projets inscrits au cadre de gestion ont été réalisés. Le projet de rénovation fonctionnelle priorisé par l'établissement (guichet d'accès) est en cours de réalisation. Un appel d'offres pour retenir les services d'une firme ESE a été réalisé et l'exécution du projet d'économie d'énergie est en attente d'acceptation au MSSS. La création et la mise en place de routes de travail inscrites dans un calendrier sont en implantation dans le logiciel d'entretien préventif déjà actif dans les secteurs de l'entretien des installations, au génie biomédical et au secteur des ressources informationnelles depuis l'été 2012. Un inventaire de consommation, une politique et un plan d'action ont été réalisés dans le cadre de la SQEEP (stratégie québécoise d'économie d'eau potable).				

ENJEU N° 4 : RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
4.3 Finaliser la réorganisation du service alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Augmenter la satisfaction de la clientèle ✓ Diminution des coûts 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des ventes à la cafétéria - Diminuer le coût/repas 		DRFTI coord. services alim.
Résultat au 31 mars 2014 :				
La réorganisation des services alimentaires a été complétée durant l'année 2013-2014. Parmi les travaux réalisés à cet effet, notons la tenue d'un sondage sur la satisfaction de la clientèle et le retrait des pannes en aluminium. Les pannes en aluminium ont été changées au profit de pannes en acier inoxydable, lavable, permettant une certaine économie. Le sondage a amené quelques changements sur le menu. D'autres changements seront apportés au menu de façon cyclique.				
4.4 Optimiser le processus d'allocation des ressources financières et le suivi de leur utilisation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Optimiser les processus d'approvisionnement et de logistique ✓ Améliorer les processus d'information financière (compilation, diffusion, analyse interne et en support de gestion et suivi) 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter le nombre de rencontres de suivi avec les gestionnaires des secteurs critiques 	Réduire le délai entre la démarche et la commande. Atteindre un meilleur contrôle et un suivi plus performant par les gestionnaires	DRFTI
Résultat au 31 mars 2014 :				
Une démarche «Lean» à l'approvisionnement a été réalisée. Les recommandations seront implantées en 2014-2015.				
4.5 Implanter une culture de performance	<ul style="list-style-type: none"> ✓ S'assurer d'une efficacité (faire ce que l'on doit faire – résultat et d'une efficience (le faire en assurant une utilisation performante des ressources) 	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation des activités en respectant le cadre budgétaire 	Maintien de l'équilibre budgétaire	DRFTI et tous les gestionnaires
Résultat au 31 mars 2014 :				
Nous avons entrepris des démarches d'amélioration de la qualité : en hygiène et salubrité; projet de réorganisation du travail en CHSLD et aux services psychosociaux.				

ENJEU N° 4 : RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
4.6 S'assurer de la disponibilité des ressources informationnelles en support aux activités cliniques et aux activités de gestion	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Déploiement du plan stratégique régional des ressources informationnelles (PSRRI) ✓ Maintenir le plan de conservation des équipements 			DRFTI Responsable informatique
Résultat au 31 mars 2014 :				
Nous avons continué le plan de conservation des équipements et effectué le suivi de la planification stratégique régionale des ressources informatiques.				

ENJEU N° 5 : GOUVERNANCE

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
5.1 Ajuster la structure en fonction d'une efficience organisationnelle	5.1 Ajuster la structure en fonction d'une efficience organisationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Structurer l'organisation en regard de nos priorités d'action ✓ Renforcer nos mécanismes de concertation et de coordination entre les équipes, les directions et l'équipe médicale 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan d'organisation - Le nombre de rencontres 	<ul style="list-style-type: none"> Plan révisé - Dossiers communs (au moins 1 dossier commun soit entre 2 directions soit une direction et l'équipe médicale)
Résultat au 31 mars 2014 :				
Une mise à jour du plan d'organisation sera effectuée en septembre 2014.				
5.2 Actualiser notre vision, nos valeurs, notre philosophie de gestion et nos principes directeurs	5.2 Actualiser notre vision, nos valeurs, notre philosophie de gestion et nos principes directeurs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promouvoir et partager notre vision 	<ul style="list-style-type: none"> - Diffusion du plan stratégique (journal interne, rencontres médias, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Les employés Les médecins Les gestionnaires Le conseil d'administration Partenaires externes et internes

ENJEU N° 5 : GOUVERNANCE

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
Résultat au 31 mars 2014 :				
Constitution d'équipes qualité pour la démarche d'agrément; messages sur notre site internet et les écrans numériques.				
5.3 Assurer une gestion efficiente, efficace et pertinente des ressources	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Optimisation de l'utilisation des ressources ✓ Évaluer la performance, suivi et rétroaction 	- Projets d'optimisation	1 à 2 projets d'optimisation	Nicole Morin
Résultat au 31 mars 2014 :				
<p>Surplus budgétaire pour l'année 2013-2014; projets d'optimisation en cours :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Système de paie; ✓ Guichet d'accès; ✓ Approvisionnement; ✓ Hygiène et salubrité; ✓ Amélioration de la présence au travail; ✓ Frais juridiques; ✓ Services psychosociaux; ✓ Organisation du travail en CHSLD; ✓ Pharmacie; ✓ Plan directeur clinique immobilier. <p>▪ Un projet d'optimisation a été réalisé dans le secteur de la buanderie.</p>				

ENJEU N° 6 : COMMUNICATION

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
6.1 Consolider le sentiment d'appartenance	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Unir les employés-sentiment d'appartenance ✓ Valoriser le travail du personnel ✓ Démontrer le souci client et faire connaître l'expertise 	<ul style="list-style-type: none"> – L'affichage numérique – Des banderoles ou panneaux extérieurs – Une photo-logo-slogan rassembleur – Insertion de cette « image d'unité » dans tous les courriels – Un journal interne – Boîtes de commentaires et concours de « La meilleure idée d'améliorations » – Permettre l'échange d'expertise et du savoir-faire des équipes par des midis-conférences – Offrir un objet promotionnel visible permettant de créer « un esprit d'équipe » au sein du personnel. – Soirée de reconnaissance 	<ul style="list-style-type: none"> 2011-2012 2011-2012 2011-2012 2011-2012 2011 2011-03-25 2012 2011 	Nicole Morin

ENJEU N° 6 : COMMUNICATION

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
6.2 Promouvoir l'offre de service du CSSS à la population et aux partenaires	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Faire connaître l'offre de services ✓ Faire rayonner le CSSS ✓ S'imposer comme un leader dans le milieu 	<ul style="list-style-type: none"> – Créer un site Web – Avoir un PowerPoint Corporatif avec acétates-corporo – Diffuser la vision stratégique 2011-2015 – Diffuser nos expertises – Présence régulière dans les hebdomadaires – Diffusion des journaux internes adaptés – Créer des alliances – Du matériel promotionnel pour le recrutement 	2011 2011 2011 2012 2011 2011 2012	Nicole Morin
Résultat au 31 mars 2014 :				
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Affichage numérique; ✓ Journal interne; ✓ Site internet; ✓ Soirée reconnaissance; ✓ Ententes avec nos partenaires; ✓ Rencontre avec nos partenaires; ✓ Table des aînés; ✓ COSMOSS; ✓ Midi-conférences; ✓ Équipes-qualité. 				

ENJEU N° 5 : GOUVERNANCE

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
6.3 Dispenser des services-conseils	✓ Conseiller et supporter les gestionnaires et le personnel en matière de communication notamment en recueillant l'information et en rédigeant les textes	<ul style="list-style-type: none"> – Participation aux divers comités (CD-CG-CA) – Mandats ad hoc – Formation de prise de parole en public – Formation média 	2011 2011 2011 2011	
Résultat au 31 mars 2014 :				
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Support aux conseils statutaires; ✓ Support au recrutement; ✓ Support/conseil aux gestionnaires, employés; ✓ Participation à la Table régionale des communications. 				



ANNEX 4

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.1 Santé publique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng 2013-2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.01.12.B1-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence	13	0,06	0,50	12,3	ND	NA
1.01.12.B2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1), au cours de l'année de référence	13	0,84	1,00	83,6	ND	NA
1.01.12.B3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence	13	0,16	0,50	31,6	ND	NA
1.01.12.B4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence	13	0,03	0,25	12,2	ND	NA
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	13	0,0	65,0	0,0	Aug.	NA
1.01.14-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS - mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	13	96,5	85,0	113,5	75,0	128,6
1.01.15-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	13	83,7	85,0	98,4	75,0	111,6
<p>Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%</p> <p>Version de GESTRED: 2014/05/12.</p>						

Difficulté de compréhension dans la saisie des statistiques. Difficulté à rejoindre la clientèle visée par le service. Avons à faire connaître notre offre de service. Structurer le suivi en SIPPE. École en santé, comité conjoint non mis en place.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.2 Services généraux - Activités cliniques et d'aide

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013- 2014 (3)	% Eng (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.02.02-EG1 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	447	487	91,7	ND	NA
1.02.03-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	4,06	4,42	91,9	ND	NA
<p>■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%</p> <p>Version de GESTRED: 2014/05/12.</p>						

Projet des services psychosociaux en cours, vision atteinte de la cible pour l'année en cours

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.3 Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013- 2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.03.05.01-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	13	44259	4412	1003,1	ND	NA

■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%
Version de GESTRED: 2014/06/12.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.4 Déficience physique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng 2013- 2014 (3)	% Eng (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.04.03-EG1 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	13	28	25	112,0	25	112,0
1.41.04.01-EG1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services en établissement - CSSS	13	437	ND	NA		
1.42.04.01-EG1 Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de services par personne ayant une déficience physique - CSSS	13	13,4	ND	NA		
1.45.04.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	93,3	90,0	103,7	90,0	103,7
1.45.04.02-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	13	83,3	90,0	92,5	90,0	92,5
1.45.04.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	97,3	90,0	108,1	90,0	108,1
1.45.04.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	84,6	75,0	112,8	75,0	112,8
1.45.45.00-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	92,8	ND	NA		
1.45.45.02-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	13	83,3	90,0	92,5	ND	NA

1.4 Déficience physique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013- 2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.45.45.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	97,3	90,0	108,1	ND	NA
1.45.45.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	83,3	90,0	92,5	ND	NA

■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%

Version de GESTRED: 2014/05/12.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.5 Déficience intellectuelle et TED

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013- 2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.05.13-EG1 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe - CSSS	13	10	24	41,6	24	41,6
1.41.05.01-EG1 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED recevant des services en établissement - CSSS	13	68	ND	NA		
1.42.05.01-EG1 Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de services par personne ayant une déficience intellectuelle et TED - CSSS	13	13,5	ND	NA		
1.45.05.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	83,3	90,0	92,5	90,0	92,5
1.45.05.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	100,0	90,0	111,1	90,0	111,1
1.45.05.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	80,0	75,0	106,6	75,0	106,6
■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100% Version de GESTRED: 2014/05/12.						

Difficulté dans les liens de collaboration avec le CRDI. Comité de suivi poste transfert d'activités non mis en place. OEMC non complétés par le CRDI. Offre de service Di-Ted à harmoniser

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.6 Jeunes en difficulté

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013-2014 (3)	% Eng (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.06.01-EG1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoins en CSSS (mission CLSC)	13	377	640	58,9	244	154,5
1.06.02-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	13	4,68	6,72	69,7	7,00	66,9

■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%

Version de GESTRED: 2014/05/12.

Pour l'indicateur 1.06.01 EG1 jeunes en difficulté Informations transmises par l'Agence.

Nous avons vérifié les informations avec le ministère, les indicateurs terminant par EG1, comme celui-ci, ne sont plus des indicateurs négociés dans les ententes de gestion. Ce code EG1 signifie que l'indicateur était présent en 2010-2011 et que le même engagement est reconduit pour les ententes subséquentes pour la durée de la planification stratégique. On nous informe toutefois que la méthode de calcul pour cet indicateur ainsi que son statut (i.e. le code EG1) va changer pour l'an prochain. Il est donc impossible de modifier l'engagement pour l'année 2014-2015.

Toutefois, l'Agence nous a donné des informations sur le calcul qui devrait être utilisé pour cet indicateur. Selon les informations qu'elle retrouve dans l'espace informationnel, le MSSS indique que 10 à 15 % des jeunes 0-17 ans auront des difficultés et le MSSS désire rejoindre annuellement 50 % de ces jeunes et leur famille, soit 7,5 % de la population 0-17 ans. Donc Matane comptait 3 253 jeunes 0-17 ans selon la fiche sociosanitaire du 4 novembre 2013. Alors, 7,5 % de 3 253 ferait environ 244 jeunes. Si on utilise cette logique, nous serions donc supérieurs à ce qui serait attendu. Formellement nous devons toutefois respecter le cadre des ententes de gestion du MSSS, mais l'Agence convient que cet engagement de 640 ne pouvait être atteint pour votre établissement.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.7 Dépendances

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013- 2014 (3)	% Eng (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.07.05-P.-S. Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	13	39	16	243,7	ND	NA

■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90% ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%
Version de GESTRED: 2014/05/12.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.8 Santé mentale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013-2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.08.05-P.-S. Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	17	28	60,7	41	41,4
1.08.06-P.-S. Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	0	ND	NA		
1.08.07-EG1 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	13	7,09	12,00	140,9	12,00	140,9
1.08.08-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	13	0,00	0,00	100,0	0,00	100,0
1.08.09-P.-S. Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	13	313	420	74,5	382	81,9
1.08.10-EG1 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	13	0	ND	NA		0,0
<p>■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100% Version de GESTRED: 2014/05/12.</p>						

Nous avons 56 usagers d'inscrits, mais la difficulté pour les rejoindre fait en sorte que nos statistiques ne sont pas représentatives. Refuse les services. Donc, nous devons accentuer les moyens pour rejoindre ce type de clientèle et leur fournir les services selon leur état.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Soins palliatifs - Radio-oncologie

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013-2014 (3)	% Eng (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.05-EG1 Nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile	13	54	94	97,4	94	97,4
1.09.06-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	13	17,43	18,69	93,2	ND	NA
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	13	100,0	90,0	111,1	ND	NA
1.09.33.02-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	13	100,0	ND	NA		
<p>■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%</p> <p>Version de GESTRED: 2014/05/12.</p>						

Selon nous la cible est trop élevée malgré que chaque cas est discuté en comité. Nous prévoyons augmenter notre nombre d'usagers lorsque notre offre de service sera connue. Notre programme de soins palliatifs sera mis en place à l'automne 2014.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Nombre

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013-2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.32.01-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	13	0	0	100,0	ND	NA
1.09.32.02-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	13	0	0	100,0	ND	NA
1.09.32.03-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	13	0	ND	NA		6,7
1.09.32.04-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	13	0	0	100,0	ND	NA
1.09.32.05-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	13	0	0	100,0	ND	NA
<p>■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90% ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%</p> <p>Version de GESTRED: 2014/05/12.</p>						

1.09.32.03 La cible devrait être N/A.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DE MATANE(1104-4082)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Durée de l'attente

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013- 2014 (3)	% Eng (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.20.01-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	13	100,0	90,0	111,1	ND	NA
1.09.20.02-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	13	96,3	90,0	106,9	ND	NA
1.09.20.03-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	13	0,0	ND	NA		
1.09.20.04-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	13	97,8	90,0	108,7	ND	NA
1.09.20.05-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	13	99,1	90,0	110,0	ND	NA

■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90% ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%
Version de GESTRED: 2014/05/12.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Ressources

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013-2014 (3)	% Eng (5)	Cible 2015 (6)	% Cible 2015 (10)
3.07-PS Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	13	1	1	100,0	ND	NA

■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90% ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%
Version de GESTRED: 2014/05/12.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013- 2014 (3)	% Eng (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.34.01-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	13	100,0	ND	NA		
1.09.34.02-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	13	11,5	ND	NA		
1.09.34.03-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	100,0	ND	NA		
1.09.34.04-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,0	ND	NA		
1.09.34.05-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	35,0	ND	NA		
1.09.34.06-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	18,0	ND	NA		
1.09.34.07-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	13	33,2	ND	NA		
1.09.34.08-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodesitométries	13	100,0	ND	NA		

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013- 2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.34.09-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle électorale en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.01-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.02-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.03-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,0	ND	NA		
1.09.35.04-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.05-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	0,0	ND	NA		
1.09.35.06-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.07-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.08-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodesistométries	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.09-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	100,0	ND	NA		
1.09.36.01-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle électorale à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les graphies	13	100,00	ND	NA		

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013- 2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.36.02-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les scopies	13	100,00	ND	NA		
1.09.36.03-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	100,00	ND	NA		
1.09.36.04-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,00	ND	NA		
1.09.36.05-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	100,00	ND	NA		
1.09.36.06-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	100,00	ND	NA		
1.09.36.07-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres échographies	13	100,00	ND	NA		
1.09.36.08-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les tomodesistométries	13	100,00	ND	NA		
1.09.36.09-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	100,00	ND	NA		
1.09.37.01-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	13	100,00	ND	NA		
1.09.37.02-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	13	100,00	ND	NA		

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013-2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.37.03-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,00	ND	NA		
1.09.37.04-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,00	ND	NA		
1.09.37.05-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	0,00	ND	NA		
1.09.37.06-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	100,00	ND	NA		
1.09.37.07-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	13	100,00	ND	NA		
1.09.37.08-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,00	ND	NA		
1.09.37.09-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	100,00	ND	NA		

■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90% ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%

Version de GESTRED: 2014/06/12.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

2.2 Hygiène et salubrité

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013-2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
2 02 02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	13	0	80	0%	ND	NA
■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100% Version de GESTRED: 2014/05/12.						

- Inventaire des zones grises complété à 100 %.
- Attribution des zones grises faite à 100 % (identification du responsable de l'intégrité et du responsable de l'exécution (nettoyage).
- Rédaction des procédures faite à 95 %. Il ne manque que quelques fiches et des corrections à réaliser par les agentes administratives.
- Registre de suivi et traçabilité des zones grises en cours (nous tentons d'arrimer les besoins du parc d'équipement et des zones grises). On passera donc de 0% à 100 % dans l'été avec le projet de réorganisation.
- Intégration des zones grises dans les unités de soins critique = 10 % et peut-être plus. (Dans les faits mes employés les désinfectent TOUTES lors de départs et levées d'iso.) Intégration à prévoir au cours de l'été (nous attendons la réalisation du document des procédures afin que les responsables connaissent bien les techniques). La demande d'intégration sera faite de façon simultanée à tous services concernés pour les interventions entre patients. Ce sera plus complexe pour les interventions. Personnellement, j'estime que ce sera assez aisé d'atteindre les 80 %, mais que le 20 % restant sera très complexe.
- Intégration des zones grises pour tout le CSSS = 30 %

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DE MATANE (1104-4062)

3.1 Ressources humaines

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013-2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	13	5,94	6,78	114,1	ND	NA
3.05.01-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	13	7,58	5,96	77,6	ND	NA
3.05.02-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	13	4,31	2,60	34,0	ND	NA
3.06.01-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières	13	0,00	0,16	200,0	ND	NA
3.06.02-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA
3.06.03-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA
<p>■ Atteinte de l'engagement inférieur à 90% ■ Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%</p> <p>Version de GESTRED: 2014/05/12.</p>						

Commentaires sur les écarts à l'atteinte des cibles des ententes de gestion à la P.6 2013-2014

- 3.05.01 - PS** - Notre taux d'heures supplémentaires travaillées par les infirmières est pratiquement stable depuis 2012-2013, soit une légère augmentation de 0.14%. Par contre, la cible 2013-2014 a diminuée de 1.14%, soit 7.10% en 2012-2013 comparativement à 5.96% en 2013-2014. Il faut préciser que 75% des formations dispensées au personnel de la catégorie 1, se fait à taux supplémentaire donc contribue à augmenter notre ratio.
- 3.05.02 - PS** - En ce qui concerne le pourcentage des heures supplémentaires par l'ensemble du personnel du réseau, celui-ci a augmenté de 0.36%. Le taux est passé de 3.95, en 2012-2013, à 4.31, en 2013-2014. Celui-ci s'explique par une augmentation des heures supplémentaires, entre autres, au niveau de l'hygiène et salubrité, des préposés aux bénéficiaires et du personnel infirmier. Un projet de réorganisation du travail en hygiène et salubrité en cours de 2013-2014 commence à rapporter des fruits. Encore une fois, la cible de 2012-2013, 3.25%, est passée à 2.60% en 2013-2014. L'embauche massive de préposés aux bénéficiaires et en hygiène et salubrité devrait avoir un impact en 2014-2015. Le comité de direction a fait de ses taux de temps supplémentaire infirmier et réseau, une priorité de suivi et de reddition de compte en 2014-2015.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2013-2014 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

4.0 Urgences(Désencombrement)

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2013-2014 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
4.01.01-EG2 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	13	1,7	0,0	0,0	ND	NA
4.01.02-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,0	ND	NA		0,0
4.01.03-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,1	ND	NA		0,0
4.01.04-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,1	ND	NA		0,0
4.01.05-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLS/D) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	13	0,4	0,0	100,0	ND	NA
4.01.06-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	13	0,2	0,0	100,0	ND	NA
4.01.07-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,0	ND	NA		0,0
4.01.08-EG1 Taux de déclaration (%) en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	12	0,00	3,00	200,0	ND	NA
<p>Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%</p> <p>Version de GESTRED: 2014/05/12.</p>						

4.01.02 Actions continues pour éviter. Est-ce complètement évitable? Chaque situation est traitée par les équipes CSSS de façon rigoureuse. La révision des processus et l'amélioration continue de ceux-ci sont des facteurs-clés

4.01.02-03-04-06 Ne devrait pas être rouge : courriel envoyé à monsieur René Dumont en janvier : ne peut expliquer le résultat en rouge.



ANNEX 5

Fiche sociosanitaire

RLS de La Matanie

Les Châss-Chocs

IDENTIFICATION				
No. Permis : 1104-4062				
CSSS DE MATANE	Directrice générale	Nicole Morin		
333, rue Thibault	Président du conseil d'administration	Louis Pelletier		
Matane	Téléphone	418 562-3135		
G4W 2W5	Télécopieur	418 562-9374		
PRINCIPALES INSTALLATIONS ET MISSIONSTM				
CHSGS	CHSLD	CPEJ		
Hôpital de Matane	Centre d'hébergement de Matane	Point de service : Matane		
333, rue Thibault	Nombre de places : 106			
Matane G4W 2W5		CRJDA		
Bassin de desserte ¹ : 16 610	CLSC	Unité de réadaptation : Matane		
	Points de service : Matane, Les Méchins et Baie-des-Sables	Nombre de places : 12		
CRPAT (L'Estran)		CRDITED		
Point de service : Matane		Point de service : Matane		
NOMBRE DE PLACESTM	(En date du 25 septembre 2013)	Au permis	Dressés	Normés[*]
Soins généraux et spécialisés (CHSGS)		45	45	37
Civières autorisées (excluant réanimation)		7		
Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ^{23,1}		106	106	109
Ressources intermédiaires (RI) :		Nombre de places reconnues		
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement		60		
Santé mentale		0		
Déficience physique		0		
Déficience intellectuelle/TED		6	(sous la responsabilité du CRDITED)	
Jeunes		0	(sous la responsabilité du CJ)	
Ressources de type familial (RTF) :				
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement		3		
Santé mentale		0		
Déficience physique		0		
Déficience intellectuelle/TED		27	(sous la responsabilité du CRDITED)	
Jeunes		15	(sous la responsabilité du CJ)	
Ressources privées (RP) ²⁴ :				
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (mars 2012)		216		
RÉSEAU LOCAL DE SERVICESTM				
Plan d'effectif médical 2014 (en date du 30 novembre 2013)		Nombre	Nombre	Nombre
		En place	Besoins	Autorisé
Médecins omnipraticiens		24	30	27
Médecins spécialistes		8	9	8
			Nombre	
Cliniques médicales privées			5	
Groupe de médecine familiale (GMF) accrédité			1	
Pharmacies communautaires			5	
Cliniques dentaires			3	
Dentistes en pratique privée			4	
Dentistes avec privilèges en milieu hospitalier			2	
Nombre d'organismes communautaires subventionnés de la santé et des services sociaux ¹¹			13	
Commission scolaire Monts et Marées (secteur Matane) - nombre d'installations			16	
Nombre d'écoles primaires			10	
Nombre d'écoles secondaires			1	
Nombre d'écoles primaires et secondaires			3	
Nombre de centres de formation pour adultes			1	
Nombre de centres de formation professionnelle			1	
Nombre d'écoles secondaires privées			0	
Nombre de cégeps/centre d'études collégiales			1	
RESSOURCES FINANCIÈRESTM		Budget 2013-2014	(Données excluant le CJ et CRDITED)	
Au 21 septembre 2013 (période 6) :				
Charges :	43 555 702 \$	Surplus (déficits) cumulés au 31/03/13	1 001 527 \$	
Revenus :	2 588 172 \$	Résultat d'exploitation prévu 2013-2014	(637 490) \$	
Net :	40 967 530 \$	Surplus (déficits) cumulés prévus au 31/03/14	364 037 \$	
RESSOURCES HUMAINESTM (2012-2013)		(Données excluant le CJ et CRDITED)		
		Nombre TC	Nombre TP(ETC)	ETC
Personnel cadre		19	0	19
Personnel régulier		289	131	420
Personnel non détenteur de postes				110

RESSOURCES MATERIELLES TM		(En date du 7 février 2013, données excluant le CJ et CRDITD)				
Projets en cours	Coût du projet	Description	État d'avancement			
Projet mineur en CHSLD 2008-2009/2009-2010	435 992 \$	Réaménagement et agrandissement des cuisinettes sur les unités de vie	Complété			
Modernisation et optimisation des services alimentaires	2 500 000 \$	Modernisation des deux services alimentaires	Complété			
Mise aux normes des hottes stériles et de la pharmacie	1 052 000 \$	Réaménagement du secteur des hottes stériles et du département de la pharmacie	Complété			
Enveloppe de rénovations fonctionnelles autres que CHSLD	160 608 \$	Année 2012-2013				
Enveloppe de maintien d'actifs immobiliers	977 950 \$	Année 2012-2013				
Enveloppe de renouvellement d'équipements spécialisés et médicaux	649 937 \$	Année 2012-2013				
Enveloppe de renouvellement d'équipements et de mobilier	208 446 \$	Année 2012-2013				
POPULATION		RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
0-17 ans		3 229	14.7%	33 504	16.6%	18.8%
12-17 ans		1 145	5.2%	11 180	5.6%	6.1%
18-64 ans		13 524	61.5%	112 040	55.7%	6.3%
12 ans et plus		1 567	7.1%	160 604	79.8%	87.3%
65 ans et plus		5 226	23.8%	43 826	21.8%	17.2%
75 ans et plus		2 140	9.7%	18 866	9.4%	7.4%
0-4 ans		835	3.8%	9 252	4.6%	5.4%
5-9 ans		908	4.1%	9 496	4.7%	5.3%
10-19 ans		1 908	8.7%	18 992	9.4%	10.4%
20-29 ans		2 174	9.9%	21 527	10.7%	12.7%
30-39 ans		2 347	10.7%	22 449	11.2%	13.7%
40-49 ans		2 474	11.3%	23 095	11.5%	13.2%
50-64 ans		6 107	27.8%	52 619	26.1%	22.0%
65-74 ans		3 086	14.0%	24 960	12.4%	9.8%
75-84 ans		1 493	6.8%	12 719	6.3%	5.2%
85 ans et plus		647	2.9%	6 147	3.1%	2.2%
Population totale (projections 2014) ⁶		21 979	100.0%	201 256	100.0%	100.0%
Naissances (2011) ²³		189		1 930		88 618
Décès (2010) ⁵		234		1 881		58 704
MODE D'OCCUPATION DU TERRITOIRE ⁸		RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Municipalités (nb)		11	100.0%	114	100.0%	1 134
Municipalités de plus de 2 000 hab. (nb)		1	9.1%	17	14.9%	388
Densité de la population (nombre d'habitants/km ² de terre ferme)		6.6		9.0		6.2
ÉTAT DE SANTÉ		RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Espérance de vie à la naissance (ans) 2008-2010 ⁵		80.7		81.2		81.3
Auto-évaluation de sa santé : très bonne ou excellente ²			43.5%		56.3%	59.4%
Personnes ayant une incapacité (tous âges, 2006) ²		3 040	14.1%	24 555	12.8%	12.7%
Personnes souffrant d'obésité (IMC >=30.0, 18 ans et plus) ²		3 138	17.1%	22 028	13.4%	14.4%
Limitation des activités quotidiennes causées par un état ou problème de santé de longue durée - 6 mois et plus (12 ans et plus) ²		4 590	23.3%	37 880	21.7%	20.7%
Blesses graves (nécessitant une hospitalisation) suite à un accident de la route (taux brut annuel sur 10 000 habitants) ²⁰		8	3.6	75	3.7	2.4
Enfants de 5 ans à risque élevé de développer la carie dentaire en dentition primaire/enfants dépistés ²		34	20.0%	264	15.5%	-
Enfants de 5 ans ayant expérimenté la carie dentaire en dentition primaire/enfants dépistés ²		51	30.0%	408	23.9%	-
Consultation d'un dentiste/orthodontiste (12 ans et +, 12 derniers mois) ⁵			40.1%		48.1%	57.6%
DETERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ		RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Indicateurs socioéconomiques						
Taux d'emploi (15 ans et plus) ²		9 115	48.8%	89 470	54.4%	59.9%
Niveau de scolarité - plus haut certificat, diplôme ou grade (25 à 64 ans) ²						
Aucun certificat, diplôme ou grade		2 550	21.0%	20 690	19.0%	14.8%
Diplôme d'études secondaires		2 280	18.8%	20 140	18.5%	19.5%
Certificat ou diplôme d'apprenti ou d'une école de métiers		3 420	28.1%	27 575	25.3%	18.9%
Certificat ou diplôme d'un collège ou d'un cégep		2 115	17.4%	20 105	18.4%	18.3%
Certificat, diplôme ou grade universitaire		1 795	14.8%	20 510	18.8%	28.5%
Familles vivant sous le seuil du faible revenu (2010) ⁵			7.2%		6.1%	9.3%
Répartition de la source de revenus (%) ²						
Revenu d'emploi			64.2%		65.6%	71.7%
Transferts gouvernementaux			25.0%		21.5%	15.0%
Autres			10.8%		12.8%	13.3%
Revenu personnel disponible (après impôts) en 2012 ³		23 106 \$		23 163 \$		26 347 \$
Familles monoparentales (avec enfants de moins de 18 ans) ²		465	14.9%	4 005	13.9%	16.9%
Ménages composés d'une seule personne ²		3 485	34.1%	28 885	32.7%	32.2%
Adultes prestataires des programmes d'assistance sociale (18-64 ans) ¹²		1 278	9.4%	9 265	8.3%	69.5%
Indice synthétique de fécondité ²⁷		1.75		1.75		1.73

DETERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ (suite)					
Habitudes de vie et comportements					
Excès de poids (IMC = 25,0 à 29,9, 18 ans et plus) ⁵	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
	4 862	26,5%	55 727	33,9%	32,8%
Fumeurs réguliers et occasionnels ⁵	5 040	25,6%	38 620	22,1%	24,4%
Pris 5 consommations d'alcool ou plus au cours de la même occasion, 12 fois ou plus, pendant l'année ayant précédé l'enquête (bouveurs réguliers et occasionnels) ⁵	3 044	20,2%	26 728	19,0%	20,5%
PÉRINATALITÉ ¹⁰					
Naissances de faible poids (< 2 500 g)/naissances totales	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
	3	1,6%	93	4,8%	5,7%
Naissances prématurées (< 37 semaines)/naissances totales	8	4,2%	126	6,5%	7,1%
Mère - âgée de moins de 20 ans/naissances totales	5	2,6%	49	2,5%	2,5%
Mère - âgée de 20 ans et + et 10 ans et moins de scolarité/naiss. totales	14	7,4%	107	5,5%	4,3%
Mère - 10 ans et moins de scolarité/naissances totales	21	11,1%	188	9,7%	6,9%
Mère - plus de 10 ans de scolarité/naissances totales	167	88,4%	1 699	88,0%	89,8%
Mère - scolarité inconnue/naissances totales	1	0,5%	43	2,2%	3,3%
ALLAITEMENT ¹¹					
Proportion de bébés allaités lors du séjour au service de maternité	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
		77,5%		85,2%	-
Proportion de bébés allaités à la sortie du service de maternité		65,4%		75,3%	-
JEUNESSE					
Taux de diplomation au secondaire après 7 ans chez les moins de 20 ans (cohorte de 2004-2005, CS Monts-et-Marées, réseau public, 2011) ⁹	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
		68,8%		71,9%	69,3%
Masculin		63,1%		64,9%	63,1%
Féminin		74,9%		79,4%	75,9%
Protection de la jeunesse ^{12,21}					
Signalements reçus/Total jeunes 0-17 ans	304	9,4%	2 163	6,5%	5,3%
Signalements retenus/Total signalements reçus	108	35,5%	754	34,9%	39,7%
Évaluations réalisées par problématique	106		716		11 467
Abandon	0	0,0%	1	0,1%	0,5%
Abus physique et risque sérieux d'abus physique	9	8,5%	124	17,3%	17,7%
Abus sexuel et risque sérieux d'abus	6	5,7%	40	5,6%	5,9%
Négligence et risque sérieux de négligence	54	50,9%	333	46,5%	42,8%
Mauvais traitement psychologique	21	19,8%	114	15,9%	17,0%
Troubles de comportement	16	15,1%	104	14,5%	16,3%
Jeunes suivis à l'application des mesures/total jeunes 0-17 ans	84	2,6%	617	1,8%	1,4%
Jeunes ayant fait l'objet d'une intervention LSPJA/total jeunes 12-17 ans	54	4,7%	365	3,3%	1,3%
PROBLÈMES DE SANTÉ ET MALADIES CHRONIQUES					
Nouveaux cas de cancer (taux annuel moyen ajusté sur 100 000 hab.) ¹⁴	RLS (n)	RLS (sur 100 000)	BSL (n)	BSL (sur 100 000)	QC (sur 100 000)
Incidence du cancer du sein (2008-2010)	26	176,5	185	152,4	129,6
Incidence du cancer du poumon (2008-2010)	32	107,1	213	84,1	89,3
Incidence du cancer de la prostate (2008-2010)	9	* 66,3	130	111,7	117,8
Incidence du cancer colorectal (2008-2010)	25	85,9	197	77,9	68,8
Maladies chroniques (%) ⁵					
Prévalence des allergies autres qu'alimentaires	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
	4 820	24,5%	39 790	22,8%	24,7%
Prévalence des maux de dos	3 730	18,9%	33 040	18,9%	16,4%
Prévalence de l'hypertension (20 ans et plus) ⁷	4 968	20,8%	43 335	21,0%	20,7%
Prévalence de l'arthrite/rhumatisme	3 760	19,1%	28 020	16,1%	14,1%
Prévalence des migraines	1 800	* 9,1%	17 590	10,1%	9,8%
Prévalence de l'asthme	1 930	* 11,0%	14 940	8,6%	8,6%
Prévalence des maladies cardiaques	1 610	9,2%	11 880	6,8%	5,1%
Prévalence du diabète (20 ans et plus) ⁷	1 718	* 7,3%	13 605	8,8%	7,7%
Prévalence de l'emphysème, bronchite chronique et BPCO	810	* 4,1%	6 010	3,5%	3,3%
SANTÉ MENTALE					
Personnes affichant une probabilité élevée de détresse psychologique ⁵	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
	1 100	* 6,1%	7 300	4,5%	5,8%
Personnes satisfaites ou très satisfaites de leur vie en général ⁷		91,1%		94,4%	92,9%
Auto-évaluation de sa santé mentale : très bonne ou excellente ⁷		64,7%		72,7%	75,0%
Taux ajusté d'hospitalisation c.d. : tentatives de suicide (sur 100 000 hab.) ²⁵		* 77,3		61,6	30,5
Durée moyenne de séjour - tentatives de suicide (rs) ¹⁵	3,6		5,1		10,8
Taux ajusté moyen de mortalité par suicide - pop. totale (taux sur 100 000 hab., période 2006-2010) ⁶		* 17,7		17,5	14,7
SANTÉ PHYSIQUE					
Visites à l'urgence (nombre et rapport sur population totale (12-13) ²¹	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
	22 255	1,0	164 424	0,8	-
Taux ajusté d'hospitalisation de courte durée, santé physique ²⁵		10,5%		8,4%	7,6%
Durée moyenne de séjour de courte durée, santé physique ¹⁵	5,7		6,7		8,0
Taux d'occupation des lits (excluant gériatrie et psychiatrie) ²³		76,5%		77,7%	-
Personnes en attente d'hébergement en CHSLD (au 10/03/2014) ¹⁸	0		14		-
Personnes en attente d'hébergement en RI-RIS (au 10/03/2014) ¹⁸	1		35		-
PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS					
Personnes recevant le supplément de revenu garanti (paiements actifs) ¹⁶	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
	2 917	50,5%	23 284	57,3%	43,7%
Personnes nouvellement vaccinées contre le pneumocoque (% sur pop. 65 ans et plus) ¹⁷	215	4,1%	1 401	3,2%	-
Personnes ayant bénéficié de services d'aide à la vie domestique par des entreprises d'économie sociale ⁴	484	9,3%	4 543	10,4%	-
Personnes vivant en ménage privé ⁴	4 325	92,4%	33 615	85,1%	89,8%

PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Taux brut d'hospitalisation de courte durée, toutes causes ¹⁵		45.7%		38.0%	31.0%
Durée moyenne de séjour de courte durée, toutes causes ¹⁵	9.2		10.8		14.7
Personnes vivant en ménage privé ²	1 710	85.1%	13 100	71.9%	80.5%
MORTALITÉ PRÉMATURÉE (MOINS DE 75 ANS)⁶	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Tumeurs (moyenne pour 2008 à 2010)	35	43.2%	284	43.8%	45.5%
Appareil circulatoire (moyenne pour 2008 à 2010)	17	21.0%	123	19.0%	19.1%
Traumatismes non intentionnels (moyenne pour 2008 à 2010)	6	7.4%	45	6.9%	7.1%
Appareil respiratoire (moyenne pour 2008 à 2010)	7	9.1%	48	7.4%	5.8%
Maladies du système nerveux (moyenne pour 2008 à 2010)	3	3.3%	25	3.9%	3.6%
Maladies de l'appareil digestif (moyenne pour 2008 à 2010)	4	4.5%	24	3.7%	3.8%
Autres causes de décès (moyenne pour 2008 à 2010)	9	11.5%	99	15.3%	15.2%
Nombre total annuel (moyenne pour 2008 à 2010)	81	100.0%	649	100.0%	100.0%

◆ Pour le nombre de lits normés en CHSGS, il s'agit d'une baisse à titre indicatif construite à partir du bassin de desserte et du ratio de 2,2 lits par 1 000. En CHSLD, le nombre de places a été déterminé en fonction du Plan d'action visant l'optimisation des services d'hébergement 2011-2013 (ratio de 2,8 lits par 100 personnes âgées).

† Le nombre de lits dressés inclut 4 lits qui sont situés dans le territoire de La Mitis mais qui sont pour les usagers du RLS de Matane. Ces lits apparaissent dans le permis de rétablissement de La Mitis.

†† Ce nombre inclut les entreprises d'économie sociale, exercice financier 2012-2013.

* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

- Valeur non disponible.

Indique une différence significative du RLS avec la région de la région de la région de Québec, au sein de QOS.

Lexique :

ASSS : Agence de la santé et des services sociaux

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

2-d : courte durée

CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CJ : Centre jeunesse

CLSC : Centre local de services communautaires

CPEJ : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse

CRDP : Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique

CRJDA : Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation

CRPAT : Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes

CRDITD : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement

Sources de données :

¹⁵ MSSS, Info-bassin 2012 pour année 2010-2011

¹⁶ Statistique Canada, Recensement et Enquête nationale auprès des ménages, 2011

¹⁷ Institut national de santé publique du Québec, données de 2010-2011

¹⁸ Rapports d'activités des entreprises d'économie sociale de la région du Bas-Saint-Laurent, 2012-2013

¹⁹ Statistique Canada, Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2005 (population de 12 ans et plus, sauf avis contraire)

²⁰ MSSS, Fichier des décès 2010 (espérance de vie 2008-2010)

²¹ Plan d'action en santé dentaire publique du Bas-St-Laurent, 2011-2012

²² Institut de la statistique du Québec

²³ Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, données par CS de 2010-2011

²⁴ MSSS, Fichier des naissances 2011 (2008-2010 : indice synt. de fécondité)

²⁵ ASSS Bas-Saint-Laurent, Portrait de la clientèle en périnatalité, 2012-2013

²⁶ Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale, données pour 2013

²⁷ Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, Rapport annuel de gestion 2012-2013

²⁸ MSSS, Fichier des tumeurs, 2008 à 2010

¹⁵ MSSS, Fichier Med-Echo, 2011-2012

¹⁶ Service Canada, Données de la sécurité de la vieillesse pour 2012

¹⁷ Fichier de vaccination contre le pneumocoque VAXIN, 2012-2013

¹⁸ Système "Informatisation des mécanismes d'admission pour fins de gestion" (IMAGES)

¹⁹ Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

²⁰ Société de l'assurance-automobile du Québec, Dossier statistique

²¹ Bilan 2012, Accidents, parc automobile et permis de conduire, juin 2013

²² Association des centres jeunesse du Québec, Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, année 2012-2013

²³ ASSS Bas-Saint-Laurent, Plan d'action visant l'optimisation des services d'hébergement 2011-2013

²⁴ Rapport statistique AS-478, 2012-2013 (sauf taux d'occupation des lits 11-12)

²⁵ MSSS, Registre des résidences privées pour aînés, données pour le Bas-Saint-Laurent, 2012 (incluant les CSBL)

²⁶ MSSS, Fichier Med-Echo, 2012-2013

Vous pouvez consulter les fiches sociosanitaires à l'adresse suivante :

<http://www.agencessbsl.gouv.qc.ca/index.php?id=127&expandable=8&subexpandable=4>